FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1947

THESE N° 607

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Raymond, Célestin, Etienne MATTEI

Né le 18 Novembre 1921, à Paris.

Présentée et soutenue publiquement le 4 Juillet 1947

VUE D'ENSEMBLE

SUR LA

NARCO-ANALYSE PSYCHO-SOMATIQUE

Président : M. DELAY, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1947

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **MATTEI.**

Prénoms : **Raymond, Célestin, Etienne.**

Date de soutenance : 4 Juillet 1947.

Numérc d'ordre : .....

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque).

MATTEI (Raymond, Célestin, Etienne). — Vue d'ensemble sur la narco-analyse psycho-somatique. — Paris, Imp. R. Foulon, 1947, *in*-8°, 128 *p.*

(*Thèse Médec.* (*Et.*), *Paris* 1947, *N°* .....).

MATTEI (Raymond, Célestin, Etienne). — Vue d'ensemble sur la narco-analyse psycho-somatique. — Paris, Imp. R. Foulon, 1947, *in*-8°, 128 *p.*

(*Thèse Médec.* (*Et.*), *Paris* 1947, *N°* .....).

MATTEI (Raymond, Célestin, Etienne). — Vue d'ensemble sur la narco-analyse psycho-somatique. — Paris, Imp. R. Foulon, 1947, *in*-8°, 128 *p.*

(*Thèse Médec.* (*Et.*), *Paris* 1947, *N°* .....).

MATTEI (Raymond, Célestin, Etienne). — Vue d'ensemble sur la narco-analyse psycho-somatique. — Paris, Imp. R. Foulon, 1947, *in*-8°, 128 *p.*

(*Thèse Médec.* (*Et.*), *Paris* 1947, *N°* .....).

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1947 **THESE** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Raymond, Célestin, Etienne MATTEI

Né le 18 Novembre 1921, à Paris.

Présentée et soutenue publiquement le 4 Juillet 1947

VUE D'ENSEMBLE

SUR LA

NARCO-ANALYSE PSYCHO-SOMATIQUE

Président : M. DELAY, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1947

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

DOYENS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Baudouin, Roussy

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubertin, Balthazard, Basset, Baudouin, Bezançon, Brindeau, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, A. Couvelaire, Delbet, Hartmann, Heitz-Boyer, Jeannin, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lenormant, Marion, Mulon, Ombrédanne, Roussy, Rouvière, Sannié, Sébileau, Sézary, Tanon.

DOYEN ..... LÉON BINET.
Membre de l'Institut

ASSESSEUR. ..... JEAN VERNE.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ff OLIVIER.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Assistance Médico-sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL.
Biologie médicale	VERNE.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Cliniques chirurgicales	BROCQ. CADENAT. MONDOR. QUENU.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	LEVEUF.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.).
Clinique des maladies infectieuses	ff MOLLARET.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Cliniques médicales	BENARD (H.). CHABROL. HARVIER. LIAN.
Clinique médicale propédeutique	P. VALLERY-RADOT.
Clinique de Neuro-chirurgie	VINCENT (Cl.).
Cliniques obstétricales	LANTUEJOUL. LEVY-SOLAL. PORTES.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique de la Tuberculose	BERNARD (Et.).
Clinique urologique	FEY.
Embryologie	GIROUD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	ALAJOUANINE.
Histologie	CHAMPY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	BESANÇON (JUSTIN)
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Hygiène et médecine préventive	JOANNON.
Médecine du Travail	DUVOIR.
Médecine légale	PIEDELIEVRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT (E.).
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.

	MM.
Pathologie exotique	LAVIER.
Pathologie expérimentale et comparée	LEMAIRE.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie et thérapeutique générales	ff DE GENES.
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD.
Physiologie	BINET (Léon).
Problèmes alimentaires (*chaire à titre personnel*)	RICHET (Charles)
Puériculture	LELONG.
Radiologie médicale	DESGREZ (H.).
Stomatologie	DECHAUME.
Physique médicale	STROHL.
Technique chirurgicale	MOULONGUET.
Thérapeutique	LAROCHE (G.).

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. DOGNON (*Physique médicale*), GAILLARD (*Parasitologie*), HALPHEN (*O. R. L.*), JAYLE M. (*Chimie médicale*), Mlle J. LEVY (*Pharmacologie*), OLIVIER (*Anatomie*).

II. — AGREGES EN EXERCICE

	MM.
Anatomie	CORDIER. DELMAS. N.. ff DEBEYRE.
Anatomie pathologique	DELARUE. Mlle GAUTHIER-VILLARS.
Bactériologie	BONNET. FASQUELLE.
Biochimie médicale	ETTORI. SCHAPIRA.
Dermato syphiligraphie	DEGOS.
Histologie	COUJARD. DESCLAUX.
Hydrologie	DEBRAY.
Hygiène	BOYER. DEPARIS.
Médecine légale	DESOILLE.
Neurologie	DE SEZE.
Obstétrique	DIGONNET. MAYER. SUREAU. VARANGOT.
Ophtalmologie	OFFRET.
Oto-rhino-laryngologie	AUBIN.
Parasitologie	BRUMPT, L. C.
Pathologie chirurgicale	FEVRE. HUGIER. LEGER. MERLE d'AUBIGNÉ PADOVANI. PATEL. ROUX. RUDLER. SICARD.
Pathologie expérimentale	MERKLEN.
Pathologie médicale	BROUET. CACHERA. DECOURT. DREYFUS (G.). FAUVERT. GARCIN. HAMBURGER. KOURILSKY. LAMY. LENEGRE. MARCHAL. MAURIC. SOULIE.
Pédiatrie	LAPLANE. MARIE (J.).
Pharmacologie	CHEYMOL.
Physiologie	BARGETON. PARROT.
Physique médicale	DJOURNO.
Psychiâtrie	BARUK.
Thérapeutique	
Agr. ch. d'ens.	BROUET.
Urologie	COUVELAIRE, R.

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BASSET (*Pathologie chirurgicale*), BRINDEAU (*Obstétrique*), HUGUENIN (*Anatomie pathologique*), LE LORIER (*Obstétrique*), VAUDESCAL (*Obstétrique*).

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

	MM.
Clinique chirurgicale . .	AMELINE.
	BASSET.
	DE GAUDART D'ALLAINES.
	FUNCK-BRENTANO.
	GATELLIER.
	MENEGAUX.
Clinique médicale	BARIETY.
	BOULIN.
	CHEVALLIER.
	COSTE.

	M.
Clinique médicale	DE GENNES.
	HAGUENAU.
	MOLLARET.
	MOUQUIN.
	TURPIN.
Clinique obstétricale . . .	ECALLE.
	LACOMME.
Clinique ophtalmologique	RENARD.
Clin. otho-rhino-laryngologique	HALPHEN.

V. — CHARGES DE COURS

	M.
Radiologie	LEDOUX-LEBARD.

	MM.
Secrétaire de la Faculté	J. MOREL.
Secrétaire-adjoint	M. BRISSIAUD.

Bibliothécaire en Chef . . Dr A. HAHN.

Bibliothécaires . . . . . Mlles DUMAITRE, GOICHON, LAURENT

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinons émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE — A MON PERE

A qui je dois tout, et, d'abord, la fierté d'être leur fils, je dédie cette œuvre, comme un témoignage de mon affection et de ma reconnaissance.

A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE

Qui repose en terre picarde, en gage de souvenir indéfectible.

A MON PETIT PIERRE

Qui m'a quitté, un matin d'avril 1944, *fusillé par les Allemands, et vers qui vole, chaque jour, ma pensée émue, fidèle et inconsolée.*

A MA GRAND-MERE

Qui m'entoure depuis l'enfance de l'affection la plus vigilante.

A MADAME LOORE ET A CLAUDE LOORE
MA TANTE ET MON COUSIN

Pour les remercier de l'affection qu'ils me portent, et que je leur rends bien.

A MONSIEUR LOORE
MON ONCLE

A MONSIEUR ET MADAME CHARDONNET

Auxquels me lie une profonde affection et pour les remercier de la tendresse pleine d'abnégation qu'ils ne cessent de me porter.

A MADAME ET AU DOCTEUR LE CLEC'H, MON PARRAIN

En gage d'affection profonde.

A MADAME BONNERY
MA TANTE

A MADAME ET MONSIEUR SCIPIONI
MES COUSINS

Pour les remercier de leur affectueuse sollicitude.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN DELAY

Professeur de Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale

Médecin des Hôpitaux de Paris

Docteur ès Lettres

Qui m'a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il trouve ici l'expression de ma gratitude.

A MON MAITRE TRES AIME

MONSIEUR LE PROFESSEUR CADENAT

Professeur de Clinique Chirurgicale

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

Membre de l'Académie de Chirurgie

Qui a guidé mes premiers pas et m'a suivi dans toutes mes études, avec une vigilance paternelle, qui ne s'est jamais démentie.

Qu'il trouve ici l'expression de ma reconnaissance et aussi de mon affection sincère.

A MON BIEN CHER MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEVY-SOLAL

Professeur de Chirurgie Obstétricale

Membre de l'Académie de Médecine

Qui m'a rendu de si grands services et qui m'a toujours entouré d'une affectueuse sympathie.

Qu'il accepte mes remerciements et mon affection.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LOEPER

Professeur de Clinique Médicale

Membre de l'Académie de Médecine

Pour le remercier de m'avoir témoigné toujours beaucoup d'estime et de confiance.

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur VERNE

Professeur de Biologie Générale à la Faculté
Membre de l'Académie de Médecine

Pour le remercier de la sollicitude affectueuse qu'il m'a toujours manifestée.

Au Docteur Henri OLLIVIER

Chargé de la Chaire de Médecine Légale à la Faculté de Marseille
Chef des Travaux de Médecine Légale
Docteur ès Sciences

Qui m'a aidé dans mes travaux et qui me témoigne une amitié que je n'oublierai pas.

Qu'il me permette de la lui rendre et de le remercier sincèrement.

Au Docteur Laurent STEVENIN

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine

En gage de remerciement et d'amitié.

A Madame COLOMBANI

A qui je témoigne ma profonde tendresse et mes remerciements pour sa gentillesse incessante à mon égard.

A Madame et au Docteur RÈINERT

En gage d'amitié profonde et sincère.

A TOUS MES CAMARADES,
LES FRANCS-TIREURS ET PARTISANS

A TOUS CEUX QUE J'AI AIMES

INTRODUCTION

Le but de cet ouvrage est de faire une mise au point des résultats obtenus, par les psychiatres, au moyen d'une méthode diagnostique et thérapeutique récente, employée en France depuis 1944, dès la libération du territoire :

« LA NARCO-ANALYSE PSYCHO-SOMATIQUE ».

Nos travaux ont pu être menés à bien grâce à l'extrême bienveillance de notre Maître, le Professeur Jean DELAY, qui a mis son service de Clinique des Maladies Mentales à notre disposition et qui nous a aidé de son jugement précis et sûr, nous guidant à travers les vastes dédales de l'analyse. Qu'il trouve ici l'expression la plus sincère de notre reconnaissance. Nous remercions aussi : le Docteur Laurent STÉVENIN, Chef de Clinique de la Faculté de Médecine de Paris, qui a bien voulu soutenir nos premiers pas, il y a près de deux ans, et qui, depuis, nous a fait confiance, puisqu'il nous permit de traiter de nombreux malades; le Docteur P. DESCLAUX, Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris qui a bien voulu mettre entre nos mains ses malades personnels.

La plupart des travaux exposés dans cet ouvrage sont donc issus du Service de Clinique des Maladies Mentales (Centre Psychiatrique Sainte-Anne).

En ce qui concerne le côté « diagnostic » de la méthode, nos remerciements chaleureux et affectueux vont au Docteur Henri OLLIVIER, de Marseille, chargé de la Chaire de Médecine Légale, Docteur ès Sciences, auprès duquel nous avons trouvé, non seulement une aide attentive et suivie, mais aussi une amitié que nous ne saurions oublier.

Il est difficile de présenter un travail d'ensemble sur la « narco-analyse », méthode qui, bien que très jeune, a déjà fait couler beaucoup d'encre et engagé de nombreuses controverses; prônée par les uns, décriée par les autres, elle est aujourd'hui de plus en plus employée dans ses diverses indications.

Nous essaierons cependant de nous montrer à la hauteur de la confiance qui nous est faite, et d'être aussi clair que possible dans notre exposé.

Voici le plan que nous nous proposons de suivre. Dans une première partie nous ferons une courte étude historique de la méthode; puis nous en exposerons le principe. Nous indiquerons ensuite la technique à suivre, le comportement des malades pendant le traitement, le travail analytique.

Dans une seconde partie nous brosserons le tableau des indications et des résultats obtenus. Enfin, nous examinerons les limites de la méthode, sa valeur et la place qu'elle occupe dans la pratique psychiatrique moderne.

PREMIERE PARTIE

Vague, et noyée au fond d'un brouillard hiémal,
Mon âme est un manoir dont les vitres sont closes.

(Albert SAMAIN).

CHAPITRE I

HISTORIQUE

L'idée d'utiliser, à des fins religieuses ou sociales, le sommeil provoqué est aussi vieille que le monde, nous n'en voulons citer comme exemple que les breuvages somnifères d'Epidaure où la fameuse fumée énivrante de Delphes. Depuis cette époque reculée, la chimie a fait de grands pas et nous présente, aujourd'hui, toute une gamme de produits capables de donner un sommeil artificiel. Que voulons-nous ? Créer un état hypnagogique tel que le malade que nous traitons éprouve une sensation de bien-être, ce qui ne peut manquer de le rendre plus confiant, et se trouve, par rapport à son comportement psychique habituel, dans un état d'hypermnésie et de dissolution de la conscience favorables à l'analyse du psychisme. Or, il est apparu, dès l'emploi des anesthésiques généraux en chirurgie, que, dans la phase crépusculaire que provoque l'action du produit sur les centres nerveux, qui est contemporaine de la période d'excitation et que l'on retrouve à l'instant qui précède le réveil, certains sujets extériorisaient des faits dissimulés ou oubliés à l'état de veille. Parfois même, il se produit un changement total dans leur comportement qui ne manque pas d'étonner l'assistance. Telle personne, à l'état normal élégante et raffinée, se montre sous l'anesthésie, incivile et grossière, appelant à son aide pour extérioriser ses pensées, le vocabulaire le plus choisi des marchandes de poissons des halles.

Mais sommes-nous les premiers à avoir remarqué que certains agents pharmacodynamiques amenaient ces effets ? Il ne le semble pas.

L'*opium* a été utilisé depuis les âges les plus reculés... Chez les Anciens, la Grèce et Rome le connurent et l'apprécièrent; le pavot poussait sur les rives de la mer intérieure et les habitants n'ignoraient pas ses propriétés. La fable qui poétisait toute chose, n'eut garde de refuser un chapitre à l'opium, créateur de rêve. Le pavot était l'ornement de Morphée, fils du sommeil et de la nuit; il en touchait le front de ceux qu'il voulait endormir et le doux VIRGILE n'a pas manqué de l'employer pour symboliser la nuit : « Nox redimita papavere frontem ».

Le *tabac,* onéreuse et brûlante passion des hommes modernes, était, au moment de son importation, utilisé depuis longtemps par les Américains qui cherchaient, dans sa fumée, une véritable ivresse. Ils en brûlaient les feuilles; leurs devins et leurs sorciers « s'offusquaient la raison » en fumant avec excès; ils allaient jusqu'à tomber dans un engourdissement léthargique, et, lorsqu'ils commençaient à reprendre leurs sens, ils rendaient leur oracles et expliquaient les songes. Nous connaissons d'ailleurs, dans notre monde actuel, nombre d'intellectuels qui prétendent ne pouvoir donner la mesure entière de leurs facultés créatrices, sans la fumée bénéfique d'une cigarette.

Plus peut-être que l'opium et le tabac, *l'alcool* est capable d'amener, par son action sur les centres nerveux, cette dissolution de la conscience que nous recherchons, et les modifications du comportement de l'individu ivre se rapprochent, par de nombreux côtés, de celles d'un sujet soumis à l'action d'un anesthésique, surtout en ce qui concerne les modifications psychologiques : euphorie, levée des barrages psychiques. Le psychisme individuel de l'homme ivre se révèle au grand jour. Dans son expansion exubérante, il se montre tel qu'il est, ayant perdu sa faculté de « dissimulation et de retenue »; « In vino veritas » dit l'observation populaire. On note chez l'homme ivre une hyperidéation, une hypermnésie, une imagination féconde et le pauvre LÉLIAN le savait bien qui appelait l'absinthe « sa muse ». L'alcoolique libère ses haines inconscientes, il se défait des inhibitions d'ordre social; c'est alors qu'apparaissent : la jalousie morbide, incestueuse, les haines familia-

les, etc... C'est un fait couramment relevé et le père d'un de nos jeunes malades particulièrement inhibé, ne nous disait-il pas « et si nous le grisions ? Peut-être parlerait-il ? ».

De toute antiquité, les hommes ont remarqué ces modifications de comportement dans l'ivresse; nous n'en voulons pour témoignage que le tableau de l'ancien testament nous peignant Noé, ivre et s'étant impudiquement dévêtu sous l'influence de l'alcool. Les Brahmanes des Indes connaissaient, trois siècles avant J.-C., le « soma » dont ils se servaient pour rendre les oracles. Les Egyptiens avaient le « Trag ». Les Arabes avaient bien saisi l'intérêt de ce breuvage puisque ce sont eux qui le baptisèrent « Al Khool » c'est-à-dire « le subtil ». Les Juifs connaissaient le vin; relisons, voulez-vous, l'épisode des « noces de Cana ». VIRGILE dans une poésie intitulée la Cabaretière, HORACE, ne nous ont-ils pas fait pénétrer dans les tripots romains, noyés dans les vapeurs de l'alcool ? PLINE nous a laissé une description de l'ivrogne et même de l'absinthique à rendre rêveur VILLON lui-même.

Si l'alcool modifie le comportement psychique de l'individu, d'une façon comparable aux anesthésique généraux, il en modifie aussi l'équilibre physiologique et, comme eux, il abaisse notablement la température centrale, par son action sur les centres thermo-régulateurs, d'où les accidents dus au froid, dans l'ivresse comme dans l'anesthésie, accidents qui peuvent être graves et même définitifs comme en témoigne cette épitaphe :

« Passant, écoute le conseil d'Orthon de Syracuse. Ne voyage « jamais par les nuits d'hiver quand tu es ivre, car, tel fut, « vois-tu, mon mauvais destin, au lieu de reposer dans ma « Patrie, je suis couché, ici, sous la terre étrangère ! ».

De tout ce que nous venons de voir, il résulte que, depuis les temps les plus lointains, les hommes ont toujours cherché à se créer, par des moyens artificiels, un monde nouveau, un état de rêve, dans lequel ils puissent donner libre cours à leur imagination, et réaliser les désirs que la contrainte sociale leur interdit d'exprimer : en un mot, de retourner dans leur inconscient comme dans un paradis perdu, dont ils auraient gardé comme une vague nostalgie. Cet embarquement pour

Cythère, ce voyage au bout de l'inconscient ne fut longtemps recherché que pour le bien-être qu'il procure et l'illusion qu'il crée.

C'est au XIX^e^ siècle, à une époque où l'inconscient n'était encore considéré que comme une vue purement métaphysique, que les psychiatres eurent l'idée d'employer ces agents pharmacodynamiques, créateurs d'un « état second », dans l'étude des maladies mentales, pour explorer plus aisément les fonctions psychiques.

MOREAU de Tours, en 1845, utilise le « hachisch » en vue de ses recherches. On le connaît à l'heure actuelle assez bien du point de vue pharmacodynamique. C'est un extrait du Chanvre Indien (*Cannabis indica*). Le « Chanvre Indien » possède, en effet, plusieurs composants : le « hachisch des Arabes » (Bang Indien) renfermant des carbures terpéniques et le « ganja » dont les propriétés narcotiques sont plus fortes, et qui est préféré par les consommateurs avisés. Le « Chanvre Indien » comprend encore l' « huile rouge », toxique qui appartient au groupe des phénols-aldéhydes, ainsi que quelques composants, vraisemblablement alcaloïdiques... MOREAU de Tours écrit : « j'avais vu dans le hachisch, ou plutôt dans son action sur les facultés morales, un moyen puissant, unique, d'exploration, en matière de psychologie mentale; je m'étais persuadé que, par lui, on devait pouvoir être initié au mystère de l'aliénation ». Il signale, dans son étude, les phénomènes accompagnant l'intoxication par le hachisch : l'euphorie, la dissolution des idées, le développement de la sensibilité, de l'ouïe, les hallucinations, les impulsions irrésistibles. Le sujet a des gestes vifs, parle beaucoup, avec excitation de type alcoolique, réagissant suivant son psychisme particulier. Il perd la notion du temps et éprouve une sorte « d'exaltation de ses facultés ». Le tableau de l'ivresse hachischique est parfaitement brossé dans un article de Th. GAUTHIER paru dans « La Presse » et se nommant « La Fantasia ».

SAUVET, en 1847, pratique l'*éthérisation*, et relève, chez ses malades, des hallucinations visuelles, une excitation motrice, une euphorie manifeste. BRIÈRE DE BOISMONT signale que les

rêves obtenus sont en rapport avec les préoccupations et les idées délirantes des malades.

MOREL, en 1854, emploie l'éthérisation comme moyen d'investigation du psychisme chez les hébéphréniques catatoniques avec mutisme absolu. MENTEGAZZA, en 1866, tente d'explorer le psychisme de ses malade par la *cocaïne* et OBERNIER en 1873, par *l'alcool.*

C'est à cette époque que *l'hypnose,* connue depuis très longtemps et considérée comme l'apanage des charlatans, allait prendre une place très importante comme procédé d'exploration. BREUER, en 1880, constatait que sous hypnose, une malade hystérique retrouvait le souvenir d'un événement, oublié à l'état de veille, et que ce simple fait, faisait disparaître les troubles morbides (paralysies, troubles visuels, hydrophobie hystérique). Il établissait, du même coup, que ce souvenir oublié jouait le rôle de « germe pathogène » et en déduisait le principe du « refoulement ». Il affirmait, en outre, que c'était l'élément émotionnel de ces souvenirs qui était traumatisant et que, pour établir la guérison, le resouvenir devait être accompagné d'émotion, « d'affect ». Le refoulement d'affects, créant la maladie, leur extirpation, leur « abréaction » donnait la guérison. Les notions de conscient et d'inconscient étaient établies, le principe du refoulement et de ses conséquences était posé, une nouvelle méthode thérapeutique était née.

Pendant les années qui suivirent, l'hypnose et les moyens d'investigation du psychisme par des agents pharmacodynamiques allaient être plus ou moins délaissés. FREUD, à Vienne, l'abandonne et crée une méthode de traitement, fondée sur « l'analyse » de l'inconscient à l'état de veille, *la psychanalyse,* conservant le principe de la cure abréactionnelle qu'il étend aux névroses autres que l'hystérie de conversion. A l'étranger, la psychanalyse connaît un succès rapide, une diffusion plus grande, tendant à devenir une méthode de salon. En France, elle n'est pas admise par tous les psychiatres, l'hypnose est abandonnée par beaucoup et l'on revient aux méthodes d'exploration par les agents pharmacodynamiques; certains médecins les utilisent, toutefois, pour la cure abréactionnelle. On com-

mence donc à voir apparaître une intrication des méthodes exploratrices et thérapeutiques.

En 1913, le Professeur CLAUDE revient à *l'éthérisation*. Au masque d'OMBRÉDANNE, il pratique une éthérisation légère, chez des schizophrènes. Il constate qu'il existe, après une phase d'excitation incohérente, une période d' « incohérence utile ». Au réveil, on peut sonder la personnalité du malade par un interrogatoire rapide ou par le test des mots inducteurs. NATHAN et MAURICE signalent un cas où ils ont supprimé, par ce procédé, un mutisme s'accompagnant de négativisme.

Durant cette période, l'hypnose garde, pourtant, ses fidèles adeptes. Au cours de la grande guerre, elle est utilisée par HADFIELD et EDER en Angleterre, par SIMMEL en Allemagne. Des travaux effectués à cette époque, deux notions nouvelles doivent être retenues; tout d'abord, l'hypnose complète n'est pas indispensable, *l'état hypnagogique peut suffire;* ensuite, *la narcose peut aider à créer l'un ou l'autre de ces états.* Déjà, en 1893, les partisans de l'hypnose tendaient à repousser les moyens habituels de la provoquer, pour se servir, à cette fin de narcotiques. Le Professeur MARAGLIANO employait le *chloralose* ainsi qu'en France le Professeur RICHET. En 1904, KALLITSCH utilisait le sommeil provoqué par la *scopolamine* pour réaliser les suggestions hypnotiques. En 1926, LANGE utilise la *cocaïne*. Il en fait ingérer 0 gr. 02 à des sujets et constate la production d'un état d'excitation léger avec euphorie, exaltation des facultés motrices et de l'association des idées... MARX explique l'euphorie par une accélération des associations idéatives, due elle-même, à la levée des barrages existant entre conscient et inconscient. Pour FREUD, il ne s'agit pas d'une hyperexcitation intellectuelle, mais d'un sentiment de toute puissance, apparu, secondairement, grâce à la disparition de toute cause déprimante. MAÏER de Zurich, également par l'intermédiaire de la cocaïne, examine le fond mental de ses sujets, par la méthode des associations de JUNG, et fait ainsi se réveiller en eux des complexes refoulés et des souvenirs émotionnels qui « défilent en série » à la manière « de films cinématographiques ». Il ressort de ces divers travaux que la cocaïne

peut supprimer les inhibitions et produire des états de relâchement psychique utiles à l'analyse.

LOGRE tenta d'utiliser l'opium et la morphine mais il conclut que ces agents donnent une « béatitude égoïste » qui ne favorise guère l'extériorisation des complexes. C'est à cette époque que l'on voit apparaître les premières tentatives de psychanalyse pharmacodynamique au moyen de barbituriques.

CLAUDE utilise le *somnifène* en injection intra-veineuse, complexe allyl-isopropylmalonylurée-diéthylmalonylurée; il voit que, ainsi que l'avait déjà signalé LAIGNEL-LAVASTINE, il crée un relâchement de la contrainte psychique. A la phase de sommeil succède une période de loquacité; les malades extériorisent leurs sentiments, leurs idées intimes et leurs souvenirs habituellement refoulés. KLAESI a utilisé cette action du somnifène chez les schizophrènes. Il a pu, de cette façon, modifier les relations existant entre l'individu et son entourage. Le contact affectif avec le médecin devient plus étroit. L'auteur attribue ceci au fait que le malade se sentant faible recherche une protection.

En 1927, ROUHIER publie ses fameuses études sur le peyotl et le yagé.

Le *peyotl,* « la plante qui fait les yeux émerveillés » suivant la pittoresque expression de l'auteur, est un petit cactus mexicain (*echinocactus williamsii*) dont l'ingestion des boutons, contenant un alcaloïde, la mezcaline, détermine une ivresse particulière que les Indiens attribuent à un principe divin. Cette ivresse se manifeste en deux phases distinctes; la première, courte, est marquée par un état de surexcitation avec euphorie et la seconde, par un état de sédation nerveuse et psychique avec visions colorées.

Le *yagé* (*Banisteria Caapi*) est une liane de la famille des malpighiacées. Elle contient un alcaloïde, l'yagéine. Dans les pays d'origine, la drogue, en infusion, sert à provoquer une ivresse très spéciale, avec sensation de légèreté musculaire, à laquelle s'ajoutent des phénomènes d'exaltation de la mémoire et des facultés intellectuelles, d'hallucinations visuelles (vision colorée en bleu). Elle semble donner un don de seconde vue

et les Indiens l'utilisent pour deviner l'avenir. ROUHIER affirme que ce sont de « puissants instruments psychométriques, utilisables aux fins d'une mayeutique psychanalytique et qui peuvent être précieux en tant qu'agents créateurs d'un onirisme, dont les images, émanées d'un subconscient plus ou moins médiat, peuvent déceler les idées informulées et les tendances profondes des individus ».

En 1928, les psychothérapeutes pratiquant l'hypnose utilisent un composé nouveau le *scopochloralose,* mélange de bromhydrate de scopolamine et de chloralose pur sans parachloralose. Durant l'hypnose provoquée, on observe de la somniloquie, et, avec un peu d'habitude, on parvient à entrer dans le rêve du dormeur et à le diriger. Le scopochloralose provoque donc des manifestations inconscientes analogues à celles du somnambulisme. D'autre part, son emploi augmente la suggestibilité du sujet, ce qui est le résultat recherché par l'hypnose, et c'est ainsi que le Docteur BARUK, qui reste fidèle à cette pratique, concluait son rapport au Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et de Langue Française en 1935 : « Cette méthode simple et facile, nullement pénible pour le malade, nous a donné, dans le pithiatisme, des succès souvent remarquables. Plusieurs de nos malades avaient été traités par le torpillage, sans résultat, ils ont été guéris en une journée par l'association scopolamine-chloralose ». Mais cette méthode demande l'hypnose complète, et partant, un long temps de sommeil profond.

Les premiers essais de CLAUDE nous ont confirmé les résultats des travaux anglo-saxons d'après lesquels, l'état hypnagogique suffisait à créer une situation favorable à l'exploration et la narcose légère pouvait aider à l'établir. C'est ainsi que BLECKEVENN, en 1930, utilisa à nouveau les *barbituriques :* l'amytal sodique, puis WILDE et KENTON, KUBIE, MARJOLIN, employèrent le nembutal, l'évipan sodique. Enfin, peu de temps avant la guerre, HORSLEY employa le pentothal sodique.

La technique nouvelle de cette psychanalyse chimique fut introduite en France aussitôt après la libération du territoire en 1944 (lorsque les échanges culturels scientifiques ont pu à

nouveau reprendre avec nos alliés Anglo-Saxons), par la connaissance des travaux qu'ils avaient faits sur cette question et la pratique qu'ils en avaient, même dans leurs formations hospitalières de campagne. Depuis, le Professeur DELAY et ses élèves, les Docteurs OLLIVIER, TARGOWLA, COSSA, ont mis au point cette méthode, par d'intéressantes publications.

C'est cette méthode nouvelle, qu'HORSLEY a appelé la « narco-analyse » et que notre Maître le Professeur DELAY a nommé « la narco-analyse psycho-somatique », qui fait l'objet de l'étude qui va suivre.

Qu'apporte-t-elle de nouveau ? : Le fait qu'elle peut-être utilisée non seulement pour explorer le psychisme d'un individu, mais aussi et surtout comme moyen thérapeutique puissant.

CHAPITRE II

PRINCIPE DE LA METHODE

La narco-analyse psycho-somatique comprend trois temps : la narcose, la narco-analyse, la narco-synthèse. Nous reviendrons dans le chapitre suivant sur la narcose proprement dite.

NARCO-ANALYSE.

Elle consiste dans la libre exploration des instances émotionnelles, verbales et somatiques, qui se trouvent libérées pendant la narcose. Comment se fait cette libération ? On la provoque en créant chez le sujet, grâce à l'injection, lente et à dose légère, d'un barbiturique, un état hypnagogique, situé aux confins de l'état de veille et du sommeil. A ce moment, l'individu se détache, en quelque sorte, de sa vie habituelle et va extérioriser des faits jusqu'alors dissimulés ou oubliés, mettant à nu, le véritable aspect de sa personnalité profonde.

Quelle est donc la force mystérieuse qui, à l'état de veille, lui permet l'oubli de ces faits qu'il nous paraît capital de ramener à la lumière ? C'est la « censure », qui, suivant l'expression freudienne, veille aux portes de la conscience. Voici comment FREUD expose son point de vue : chaque processus psychique existe, d'abord, à une phase inconsciente, pour passer, ensuite, à la phase consciente, à peu près comme une image photographique commence par être négative et ne devient l'image définitive qu'après être passée à la phase positive.

Or, de même que toute image négative ne devient pas, nécessairement, une image positive, tout processus inconscient ne se transforme pas, forcément, en processus psychique conscient. Et FREUD, pour expliquer la transposition d'une phase à l'autre, se sert d'une image qui, si elle ne semble pas très scientifique, a le mérite de schématiser le problème. Il assimile l'inconscient à une vaste pièce dans laquelle les tendances psychiques se pressent. A cette pièce est attenante une autre pièce : la conscience... Mais à la porte de communication entre les deux, veille un gardien vigilant qui inspecte chaque tendance psychique et interdit l'entrée de la pièce « conscience » à celles qui lui déplaisent. Lorsque les tendances psychiques arrivent pour avoir le « visa » de la censure, s'il leur est refusé, c'est qu'il est impossible qu'elles deviennent conscientes. Elles sont « refoulées » dans l'inconscient par la censure. Et quelles sont les tendances qui n'ont pas le droit de devenir conscientes ? Toutes celles qui s'opposeraient à la vie habituelle de l'individu, parce qu'elles ne sont pas en rapport avec l'éducation, la religion, le mode d'existence du sujet, avec la morale sociale, qui est peut-être l'élément primordial du refoulement.

Que vont devenir les tendances refoulées ? Ou bien elles vont se tenir tranquilles et ne gêner en rien le sujet, ou bien elles vont lutter et créer un certain nombre de modifications dans la sphère psychique du sujet, qui se traduiront par l'apparition de symptômes psychiques ou même somatiques, indiquant l'entrée du sujet dans un état « névrotique ». Les symptômes névrotiques auront donc un « sens ». Mais pour qu'ils puissent exister, il est nécessaire que leur sens demeure inconscient. En effet, les processus conscients n'engendrent pas de symptômes névrotiques et dès que les processus inconscients cessent de l'être, les symptômes disparaissent. Le sens d'un symptôme peut être conçu de deux manières : au point de vue des impressions et des événements qui lui ont donné naissance, ou au point de vue de ce que FREUD appelle, « l'intention » à laquelle il sert, phénomène purement psychique qui détermine la dépendance du symptôme à l'égard de l'inconscient. Le symptôme nous tend les fils d'Ariane qui doivent nous guider, dans

le labyrinthe de l'inconscient, jusqu'à la tendance refoulée... Il est comme un émissaire qui, passé en travesti devant la censure, vient nous prévenir, sous une forme ou sous une autre, de l'état de refoulement de la tendance. Il apparaît donc comme une formation substitutive. La tentative faite par une tendance pour franchir le seuil de la conscience, s'accompagne souvent d'une lutte avec la censure, d'un conflit avec ce qu'elle représente. Si la censure a le dessus et refoule la tendance dans l'inconscient, l'évènement qui avait sollicité la prise de conscience de cette tendance, va jouer le rôle d'un « traumatisme » psychique. La vie psychique de l'individu va se trouver en quelque sorte, fixée à l'époque où s'est déroulé cet évènement, et le symptôme va naître. Pourquoi se manifeste-t-il de manières si diverses ? C'est que le plus souvent, il reproduit un comportement somatique ou psychique semblable à celui qui eut lieu au moment du traumatisme, comportement qui était, lui-même, une réaction d'ordre physique ou psychique à la tendance.

Devant un malade qui présente un symptôme névrotique déterminé, nous devons donc rechercher systématiquement l'existence des processus inconscients qui déterminent son sens, sous quelque forme symbolique qu'emprunte le symptôme pour se présenter à nous. Nous aurons d'ailleurs l'occasion de revenir sur le symbolisme des symptômes.

Mais comment allons-nous pénétrer dans l'inconscient, puisque nous devons fatalement nous heurter à la censure, cette duègne protocolaire ? C'est ici qu'intervient la narcose. En effet, grâce à elle, c'est la censure plus que le malade que nous cherchons à endormir. En endormant la conscience, nous mettons aussi en état de moindre résistance, son chien de garde, la censure, qui, comme un geolier abruti de sommeil laisse s'échapper ses prisonniers, laissera venir à nous les éléments de l'inconscient parmi lesquels il nous faudra trouver la clef, perdue par le malade, de son état morbide. Guidés par les symptômes, nous allons nous lancer à l'exploration de cette forêt vierge de l'inconscient... Nous étudierons, dans un autre chapitre, la technique même de cette exploration.

NARCO-SYNTHÈSE.

Nous savons que, tant que l'évènement ou la situation affective traumatisants, resteront inconscients, le comportement morbide du malade persistera. Pour qu'il en soit « libéré », il est nécessaire qu'il en prenne conscience avec une décharge émotionnelle, une « abréaction » émotive, et qu'il saisisse les relations existant entre le comportement morbide et sa motivation psychologique. C'est l'œuvre de la narco-synthèse d'effectuer cette prise de conscience, et nous verrons bientôt le rôle du psychothérapeute dans cette troisième phase de la narco-analyse psycho-somatique.

CHAPITRE III

TECHNIQUE DE LA NARCOSE

Le premier temps de la narco-analyse est la narcose. Il importe, d'abord, d'envisager les propriétés des différents anesthésiques qui s'offrent à nous pour l'obtenir.

ANESTHÉSIQUES GÉNÉRAUX.

Il est possible d'employer, à cet effet, les anesthésiques généraux volatils ou gazeux, que l'on peut utiliser en inhalations. L'éther a été employé depuis longtemps par CLAUDE et le protoxyde d'azote par PRIESTLEY, Humphrey DAVY et plus récemment par P. DESCLAUX. Nous allons envisager rapidement les phénomènes généraux observés au cours de cette anesthésie.

Il existe une première phase dite « phase de pénétration », l'irritation des voies respiratoires en contact avec les vapeurs anesthésiques, détermine, par voie reflexe, une hypersécrétion glandulaire et un certain degré de ralentissement cardiaque et respiratoire — l'irritation du trijumeau produisant au niveau du bulbe l'excitation reflexe du vague —. L'anesthésique pénètre dans le poumon avec les gaz respiratoires et, avec eux, dans le sang. L'intensité de son action sera réglée par sa tension de vapeur dans le mélange air-anesthésique qui arrive au poumon. La concentration nécessaire du sang en anesthésique est pour l'éther de 130 à 140 milligrammes par 100 centimètres cube et de 40 à 50 milligrammes pour le protoxyde d'azote.

Puis survient la seconde phase, dite « phase encéphalique ».

L'anesthésique arrivant au contact des centres encéphalo-médullaires, le cerveau va subir le premier son influence. Les centres encéphaliques sont excités, puis paralysés. L'excitation se traduit par de la loquacité, du désordre dans les idées, des hallucinations professionnelles, du délire sentimental. Peu à peu, le sujet se calme, l'anesthésique supprime les phénomènes de la conscience, de self-control, de perception sensorielle. Au sommeil simple succède le sommeil avec anesthésie.

Enfin survient la phase « médullaire » où l'anesthésique imprègne les noyaux sensitifs et moteurs.

Si l'on suspend l'anesthésie, on verra réapparaître les diverses fonctions dans l'ordre inverse de leur disparition. Les narco-analystes utilisent soit la phase d'excitation psychique qui précède le sommeil, soit celle qui précède le réveil.

L'éther permet, par son action assez lente, la décomposition des phases et partant leur utilisation rationnelle, mais il a l'inconvénient de faire baisser, d'une façon assez considérable, la température centrale, par inhibition des centres thermo-régulateurs. Il prédispose à la toux et aux vomissements, et l'on observe d'assez nombreuses syncopes respiratoires.

Le protoxyde d'azote, s'il prédispose moins aux accidents, a l'inconvénient d'avoir une action rapide, étant donné sa grande volatilité et il fait entrer le sujet presque sans transition dans la phase médullaire. On ne pourra donc utiliser pour l'analyse que la période de réveil.

Dérivés barbituriques.

Notre préférence est nettement acquise aux barbituriques injectés par voie intra-veineuse, que l'on peut doser plus facilement et qui n'exposent pas aux mêmes accidents. Brossons un rapide tableau des actions générales de ces composés chimiques.

L'acide barbiturique : $CO\begin{<}{NH - CO}{NH - CO}C\begin{<}{H}{H} + 2\,H_2O$

composé de l'urée et de l'acide malonique n'est pas lui-même

anesthésique. Pour obtenir cette action, il faut remplacer les H du carbone central $C\begin{smallmatrix}H\\H\end{smallmatrix}$ par des radicaux R et R' : $C\begin{smallmatrix}R'\\R\end{smallmatrix}$

Seuls les dérivés disubstitués sont actifs. Les plus actifs sont ceux qui comprennent des radicaux à 6 ou 7 atomes de carbone. Ils sont en général peu solubles dans l'eau. Mais, cependant on peut les solubiliser par addition de soude, grâce à la présence d'une fonction NH près du CO, et ainsi les injecter par voie intra-veineuse.

Le nombre des barbituriques utilisables est considérable. On conçoit que la diversité des groupements substituants sur le $C\begin{smallmatrix}\\\\\end{smallmatrix}$ central, puisse, non seulement faire apparaître des différences sensibles dans la toxicité générale, la rapidité, la durée d'action et l'élimination, mais encore imprimer à la molécule une spécificité élective dans son action. Ainsi les véronals porteront leur action sur le centre du sommeil, le gardénal sur les zones psycho-motrices.

L'absorption, par voie intra-veineuse, est très rapide. Pour Pick et Molitor, ils se concentrent surtout au niveau du centre subthalamique du sommeil.

L'élimination se fait surtout par l'urine. Ces agents bornent, la plupart du temps, leur action à la phase encéphalique du sommeil simple.

Leur énorme avantage sur les anesthésiques généraux volatils ou gazeux est de pouvoir être dosé très facilement dans leur emploi, suivant la solution utilisée. Le médecin, connaissant à chaque instant la dose injectée, est parfaitement maître de sa narcose ou de son anesthésie. Le gros reproche à leur adresser est l'extrême variabilité de leurs effets, suivant les sujets; ce qui oblige le médecin s'en servant pour la première fois sur un sujet donné, à pratiquer par tatonnement.

Nous allons maintenant passer en revue les différents barbituriques employés dans la narco-analyse psycho-somatique.

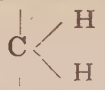
L'amytal-sodique :

Sodium iso-amyl-éthyl-malonylurée fut le premier utilisé. Nous avons pu l'expérimenter grâce à la sympathie compréhensive de nos confrères américains qui ont bien voulu nous en offrir quelques ampoules. C'est ce composé qu'utilisent, à l'heure actuelle, les Anglo-Saxons. Il est moins diffusible que les autres barbituriques, provoque un état hypnagogique plus long à obtenir, mais plus durable. Nous n'avons jamais observé avec lui de phénomènes di'ntolérance.

Le nembutal :

Sodium iso-amyl-éthyl-malonylurée, fut le premier utilisé. substitution des hydrogènes du C central par un radical éthyle en R' et par un radical butyle en R , n'est pratiquement plus utilisé. Nous ne le citons que pour mémoire, n'ayant pas eu l'occasion de l'employer expérimentalement.

L'évipan sodique :

Sel de sodium du N méthyl 1-2 cyclohéxényl-méthyl-malonylurée est caractérisée par la substitution d'un hydrogène de l'amide par un radical méthyle et des hydrogènes du carbone central  , par un cycle héxagonal. II a le gros inconvénient d'amener une anesthésie rapide, plus difficilement dosable et de très courte durée. D'autre part, il provoque des phénomènes d'excitation considérable qui gênent l'analyse.

Le privénal :

Est également un sel de sodium du N méthyl cyclohexenyl-méthyl-malonylurée. Il ne diffère du précédent que par la position de la double liaison du cyclohéxenyl. Il possède, donc, les mêmes inconvénients que l'évipan. Nous avons été à même d'utiliser fréquemment ce composé barbiturique et pour notre part, nous n'en recommandons pas l'emploi, étant donné les

violentes réactions motrices auxquelles il prédispose durant la phase d'excitation.

Le pentothal sodium ou son homologue français *le 245 R. P.* Sodium-éthyl (Méthyl-Butyl) Thio-malonylurée, comprend l'élément S dans sa molécule. Nous le considérons comme un des anesthésiques les plus propices à l'analyse sous narcose. Il est, en effet, d'un dosage facile et son action étant assez lente, il permet de contrôler parfaitement la narcose; d'autre part, étant moins diffusible que le privénal, il donne un état hypnagogique plus durable et une dissociation de la conscience plus longue. Il s'élimine en se détruisant dans le sang.

Solutions et doses.

Quelles sont les *solutions* de ces composés que l'on emploie, et à quelles *doses* ? Elles varient les unes et les autres, avec le barbiturique utilisé. De toute façon, ces produits, une fois dissous, étant instables, il est nécessaire de préparer les solutions, extemporanément, quelques minutes avant l'emploi, car elles deviennent inutilisables une heure après leur préparation. De plus, il est formellement recommandé de ne pas utiliser les solutions qui ne se clarifient pas complètement.

Nous n'envisagerons les solutions et les doses à employer que pour les barbituriques dont nous nous sommes servis, c'est-à-dire l'amytal sodique, le privénal, et le pentothal sodique.

L'amytal sodique est employé en solution à 5 pour 100 ou à 10 pour 100. La rapidité de l'injection ne doit pas dépasser 2 centimètres cube par minute, pour la solution à 5 pour 100 et 1 centimètre cube par minute pour la solution à 10 pour 100.

Le privénal s'utilise couramment en solution à 10 pour 100. Etant donné son maniement difficile, nous n'avons jamais dépassé 1 centimètre cube par minute comme vitesse d'injection.

Le pentothal sodique s'emploie en solution à 5 pour 100, 2,5 pour 100, 2 pour 100. Nous préférons, en accord avec le

Professeur DELAY, la solution à 2,5 pour 100 qui nous permet un contrôle absolu de la narcose. D'autre part, la vitesse d'injection a une importance moindre que pour les autres barbituriques. On peut, en effet, injecter 3 ou 4 centimètres cube à la minute de la solution à 2,5 pour 100. Ce n'est qu'après avoir atteint cette quantité qu'il faut ralentir considérablement la vitesse d'injection.

Quelles sont maintenant les *doses* que nous employons pour obtenir l'état hypnagogique indispensable ?

Pour le privénal, elles paraissent se situer entre 0,35 et 0,45 gr. Pour l'amytal entre 0,40 et 0,60 gr. Pour le pentothal entre 0,25 et 0,30 gr. Comme on le voit, ces doses sont éminemment variables, non seulement suivant le produit, mais aussi suivant les sujets. Mais en aucun cas, quel que soit le barbiturique employé, la dose injectée en une séance ne devra dépasser *un gramme.*

La dose varie également suivant la période de la narcose employée.

Quelle est, en effet, *la période bénéfique pour l'analyse* ? Sur ce point les avis sont partagés. Les uns utilisent l'état hypnagogique qui précède le sommeil, les autres celui qui précède le réveil.

Pour utiliser la période d'endormissement il faudra injecter la dose d'anesthésique, liminaire, permettant d'obtenir l'état recherché, et poursuivre de temps en temps l'injection de quelques gouttes du produit pour prolonger l'état pendant la durée désirée pour l'exploration.

Pour utiliser la période de réveil, on injecte la dose utile pour obtenir le sommeil, puis on laisse le sujet dormir quelques minutes; ensuite on le réveille et l'on pratique l'exploration.

Les partisans de cette dernière technique affirment que l'on obtient une meilleure dissolution de la conscience quand on pratique durant la phase qui suit le sommeil. En ce qui nous concerne, nous avons employé les deux méthodes, sur les mêmes individus et sur des sujets différents, sans avoir remarqué de grandes différences quant à la facilité de l'exploration.

Nous avons été frappés par la variabilité de la vitesse de destruction du produit suivant les malades. Alors que les sujets recevant 0,35 gr. de privénal ne se retrouvent à l'état de veille qu'une demi-heure environ après l'injection, l'un de nos malades, chez lequel nous pratiquions l'analyse en utilisant la période de réveil et qui reçevait 0,60 gr. de privénal, revenait régulièrement à l'état normal en moins de dix minutes.

Précautions a prendre.

Y a-t-il des *contre-indications* à l'emploi des barbituriques pour la narco-analyse ?

Si elles existent, elles sont d'ordre purement physique et non psychique. Théoriquement, ce sont celles de tous les barbituriques injectables. Nous les rappellerons pour mémoire. Ce sont : l'hypotension, l'hypertension, l'artério-sclérose généralisée, les affections chroniques, la convalescence des maladies infectieuses, les troubles de la fonction hépatique, de l'appareil respiratoire et en ce qui concerne le privénal, les affections du rhino-pharynx. Pratiquement, en raison de la petite dose employée, et de la lenteur de l'injection, les accidents paraissent peu à craindre, pendant la narco-analyse. Nous n'en avons jamais observé.

Cependant, nous utilisons les barbituriques injectables avec beaucoup de réserve, chez les sujets qui ont reçu de la morphine et nous croyons devoir insister sur la nécessité d'être particulièrement prudent avec les individus qui prennent habituellement des dérivés barbituriques, ou qui en ont pris peu de temps avant l'injection, afin d'éviter les phénomènes d'accumulation ou des accidents cardiaques secondaires.

De toute façon, sachant que, dans les anesthésies générales par les barbituriques, étant donné la sensibilité de certains sujets, des accidents peuvent se produire à des doses inférieures à 0,50 gr. — injectées, nous le signalons, à une vitesse beaucoup plus grande, et accidents imputables à l'anesthésie elle-même et non à un état pathologique préalable du sujet — il est bon, nous semble-t-il de se prévenir contre eux. C'est pourquoi nous opérons, en nous plaçant dans les mêmes conditions que s'il

s'agissait d'une anesthésie générale, c'est-à-dire en prenant un certain nombre de précautions.

Quelles sont les *précautions* à prendre ?

1. — Nous mélangeons systématiquement au barbiturique un centimètre cube d'une solution de sulfate d'atropine au quart de milligramme, pour éviter les actions réflexes d'origine vagale.

2. — Nous laissons nos malades à jeun, pour nous mettre à l'abri des vomissements qui pourraient refluer dans la trachée et créer immédiatement une asphyxie par obstruction ou ultérieurement des complications broncho-pulmonaires.

3. — Nous injectons très lentement.

4. — Nous surveillons le rythme respiratoire et vérifions la pression artérielle : toute modification de rythme ou chute de tension devant immédiatement faire suspendre la séance et ordonner un traitement toni-cardiaque.

5. — Nous gardons en observation les sujets jusqu'à leur retour à l'état de veille parfaite, surtout ceux qui ont reçu une dose supérieure à 0.50 gr.

6. — Nous avons toujours à côté de nous des ampoules de sulfate de strychnine pour accélérer éventuellement le réveil, au cas où cela serait nécessaire.

Nous sommes persuadés que, de cette façon, nous avons toutes les chances d'éviter les accidents.

CHAPITRE IV

COMPORTEMENT DU MALADE SOUS NARCOSE

Nous venons de passer en revue les modalités de la technique de la narcose. Quels sont les indices qui nous permettent de savoir que le sujet est entré dans la période hypnagogique que nous recherchons ?

Pratiquons la narcose et examinons ce qui se passe ? Notre malade est là, confortablement couché au chaud, le cou et la taille libres, dans une atmosphère de calme et de demi-obscurité. Nous injectons dans une veine du pli du coude quelques centimètres-cube d'une solution à 2,5 pour 100 de pentothal sodium, additionnée d'un quart de milligramme de sulfate d'atropine, très lentement. Certains analystes font compter le sujet pour juger de la création de l'état hypnagogique. Pour nous il nous paraît préférable d'entretenir avec lui une conversation, ce qui a pour but d'augmenter sa confiance. Petit à petit, la tonalité de sa voix change, il parle d'une façon plus sourde, plus bas, comme pour une confession; son débit devient hésitant, sa voix ébrieuse. Tous ces changements s'opèrent, pourrait-on dire, « à vue »... Le malade baille et a une difficulté de plus en plus grande à articuler. A ce moment l'état hypnagogique est constitué et les voies techniques divergent : ou l'on cesse l'injection, utilisant cette phase crépusculaire à laquelle va faire suite, par transitions insensibles, le retour à l'état de veille, ou l'on injecte encore quelques centimètres cube de barbiturique pour obtenir le sommeil véritable et l'on attend que

le malade, faisant le chemin parcouru, en sens inverse, passe à nouveau par cette phase crépusculaire.

Mais les changements, qui se manifestent dans le comportement du malade pendant la narcose, ne se bornent pas à ces quelques symptômes d'endormissement. Durant toute la durée de l'état hypnagogique favorable, il se produit des modifications intéressantes dans la sphère psychique et dans la sphère neurologique, ce sont elles que nous allons étudier succinctement.

Modifications apparaissant dans la sphère psychique.

Quelles sont d'abord les modifications apparaissant dans la sphère psychique ? Elles sont variables suivant les sujets, nous les classerons par ordre de fréquence.

1. — *L'hypermnésie* qu'il nous a été donné d'observer dans 95 pour 100 des cas. Le sujet accuse une sensation d'accélération des opérations psychiques, surtout dans le domaine mnésique. De nombreux malades reconnaissent, au moment de leur retour à l'état de veille, avoir évoqué des souvenirs dont ils ne soupçonnaient même pas l'existence et qu'ils auraient été incapables de ramener à la conscience à l'état normal. Et cette hypermnésie, éminemment favorable, nous renseigne également sur l'orientation à donner à l'analyse. Il nous a semblé que, le plus souvent, elle portait beaucoup moins sur la période où se situe l'évènement où l'affect traumatisants que sur les autres moments de l'existence du sujet. Elle nous donne déjà un aperçu de la profondeur du refoulement. Une de nos malades, ayant sous narcose une mémoire prodigieuse des moindres faits, reconnaît « avoir un trou » dans la mémoire en ce qui concerne la période de cinq à sept ans, date à laquelle s'est produite la situation pathogène. D'ailleurs, peu à peu, nous sommes amenés à lui faire retrouver nombre de souvenirs de cette époque, grâce à la libération de certains processus inconscients avoisinant le complexe lui-même.

2. — *L'euphorie* a été relevée dans 90 pour cent des cas; les sujets accusent une sensation de bien-être, de calme, de bonheur, contrastant parfois avec leur attitude angoissée et mélancolique. Ils semblent se détacher des contingences humaines, oublier leurs misères; leur visage devient reposé, calme, et nous avons pu remarquer, souvent, même chez des anxieux, un sourire que nous pouvons qualifier de lumineux; ils rient, plaisantent, chantent, crient leur apaisement. Un malade du Docteur Ollivier atteint de mélancolie anxieuse clamait sa joie de se sentir mourir, et de goûter la vie nouvelle qu'il entrevoyait.

Une de nos malades disait : « Je me sens bien, j'évolue dans l'atmosphère à quelques centimètres de la terre, je voudrais rester ainsi... Je ne désire plus rien... Je suis parfaitement heureuse, comme je l'ai été en connaissant l'amour dans les bras d'un homme » (*sic*).

D'autres malades éprouvent l'impression de se trouver au bord de l'ivresse, à la période de bien-être, de béatitude qui suit un bon repas.

L'euphorie réalise, ainsi, un état à la fois indifférent et confiant qui crée ou favorise le besoin de s'épancher, d'extérioriser son moi intime, de s'analyser, et facilite ainsi la communication avec le sujet.

3. — Les *crises psycho-affectives* ont été enregistrées dans 60 pour cent des cas, plus ou moins intenses, allant de la simple crise de larmes au grand raptus anxieux avec réactions spectaculaires... Ces états s'accompagnent fréquemment d'extériorisation de complexes d'infériorité ou de sentiments égocentriques très marqués.

OBSERVATION I (Docteur Ollivier)

Louis T..., âgé de vingt ans, est envoyé avec le diagnostic de somnambulisme avec crises confirmées. L'examen psychique du sujet n'apporte aucun élément intéressant, celui-ci n'alléguant que des cauchemars et sachant

par ses camarades de chambrée qu'il se lève la nuit, mais ne se rappelant plus rien le matin.

Soumis à une narco-analyse, de manière à rechercher s'il était posssible que ces crises fussent d'origine comitiale, l'analyse psychique sous narcose provoque d'emblée « une crise psycho-affective avec attendrissement, larmoiement relachement, abondon, logorrhée et confidences intimes ». Elle nous révèle le défaut de structure familiale, la mère du sujet ayant abandonné le foyer alors qu'il était jeune. De plus, il confie qu'il fuit les femmes parce qu'il en a peur, ayant toujours présent en lui l'exemple de ses parents. La nuit, il fait des cauchemars dans lesquels il joue un personnage principal et qui s'accompagne de visions terrifiantes.

4. — Les *raptus excito-moteurs,* ont été observés dans 50 pour cent des cas. En voici deux exemples :

OBSERVATION II (Docteur Ollivier)

Il s'agit d'un sujet âgé de trente-quatre ans, qui présentait un comportement légèrement suspect, fait d'hypomanie et d'exagération de séquelles de plaies par balle au niveau du membre inférieur gauche, se traduisant par des troubles de la marche, intermittents et vraiment curieux, pour lesquels on ne trouvait pas de substratum organique.

Soumis à une narco-analyse, sans préparation, pour savoir s'il ne s'agissait pas d'un simulateur ou d'un éxagérateur atteint de « sinistrose », quelques secondes après le début de l'injection, alors qu'il n'avait reçu que 0, gr. 15 d'amytal, apparition d'une crise d'agitation extrême avec bonds spectaculaires, et mouvements désordonnés, le sujet sautant du lit, se roulant par terre, s'arrachant les cheveux, criant, gesticulant. La crise dure plusieurs minutes, le malade s'assoupit et reprend quelques instants après une nouvelle crise d'excitation; il s'installe un véritable « état de mal pithiatique avec crises excito-motrices subintrantes », état qui se prolonge près de 5 heures.

OBSERVATION III (Personnelle)

Le second cas est celui d'un de nos malades, le jeune H..., âgé de dix-neuf ans. Il nous est envoyé dans un état d'inhibition portant principalement

sur les fonctions mnésiques. Le sujet a fait de brillantes études, passé ses deux baccalauréats et depuis, préparant des concours, ne parvient plus à retenir ce qu'il apprend, et de ce fait se juge inférieur à ses camarades, d'où un état dépressif accentué avec idée de suicide. Nous le soumettons à la narco-analyse. Dès le début de l'injection il déclare se sentir mieux, il sourit et brusquement se met à gesticuler, se tournant et se retournant sur le lit, fléchissant et étendant les jambes d'une façon saccadée, se cognant la tête sur le mur, se voilant les yeux avec le bras. Nous le calmons. Il déclare qu'il est sujet à ces phénomènes lorsqu'il étudie et qu'il ne parvient pas à apprendre. Il reste quelques minutes sans parler, calmement étendu, puis il fait une nouvelle crise, suivie d'une autre, et cette alternance se répètera plusieurs fois au cours de la séance et persistera jusqu'au retour complet à l'état de veille.

5. — La *loquacité spontanée* est observée dans 50 pour cent des cas... Le sujet parle sans arrêt et sans qu'aucune question lui ait été posée.

6. — La *loquacité dirigée,* est relevée dans 40 pour cent. Dès que l'on a posé une question au sujet, il déclenche sa réponse comme une mécanique. Si on l'arrête et qu'on l'aiguille sur une autre voie, il part dans la direction imposée par l'interrogation et ainsi de suite.

7. — La *réticence* est observée dans 10 pour cent des cas... Parfois le sujet se défend contre l'effet narcotique de la piqûre, il refuse de répondre, plusieurs d'entre eux nous ont dit : « Je ne parlerai pas, je ne dirai que ce que je veux ». Il s'agit là de réticents « conscients ». Il semble dans ce cas que l'analyse après sommeil total soit préférable.

Pourquoi le malade ne veut-il pas parler ? Trois cas peuvent se présenter.

a) Il ne veut pas parler — c'est le cas que nous venons de citer —, le malade disant « je ne parlerai pas ». S'il refuse d'évoquer des souvenirs, c'est souvent par crainte, par honte, par pudeur, par orgueil.

b) Il ne peut pas parler : — ce phénomène se produit sou-

vent chez les anxieux qui pourraient passer à tort pour des réticents conscients ou des simulateurs.

En effet, l'angoisse surgit qui empêche l'idéation consciente du souvenir au moment où il va apparaître. L'inhibition a une origine double : un brassage affectif pur, renforcé souvent par un brassage affectif et réactionnel d'origine sociale.

c) Le malade a oublié — cela pose le problème du diagnostic des amnésies. Nous aurons d'ailleurs l'occasion de revenir sur la question de la réticence et des amnésies.

8. — La *prostration* n'a été retrouvée que dans 2 pour cent des cas étudiés, le sujet se trouve dans un état véritable d'adynamie; c'est là surtout le fait des grands inhibés. Il nous a semblé que dans ces cas, la narcose prolongée puisse aider au « déblocage ».

Modifications apparaissant dans la sphère neurologique.

Voyons maintenant les modifications qui apparaissent, au cours de l'état hypnagogique, dans la sphère neurologique. Nous emprunterons, pour les exposer, certaines observations faites par le Docteur Targowla et ses élèves qui les ont particulièrement étudiées.

a) Les *réflexes* sont modifiés. Le réflexe naso-palpébral est presque constamment aboli. Cette abolition dure de quelques minutes à plusieurs heures.

Les réflexes tendineux sont exagérés dans 67 pour cent des cas, le plus souvent le réflexe est vif, polycinétique, son aire diffuse. L'hyperréflectivité, comme les autres manifestations, est proportionnellement plus accentuée au membre supérieur qu'au membre inférieur.

b) Le *tremblement* survient dans 64 pour cent des cas. Parfois, il s'agit d'un tremblement intense, généralisé; souvent, d'un tremblement fin, menu, d'aspect parkinsonien prédominant aux membres supérieurs et surtout à la région péribuccale, ce

qui a entraîné dans quelques cas de la dysarthrie. La langue peut-être atteinte également.

c) L'*hypertonie musculaire* s'est vue dans 30 pour cent des cas. Elle prend en général le type extra-pyramidal : rigidité plastique avec phénomène de la roue dentée, inconstamment accompagnée d'exagération des réflexes de posture. Lorsqu'elle s'associe au tremblement, le tableau reproduit celui de la maladie de Parkinson, mais les deux manifestations peuvent s'observer l'une sans l'autre.

On note parfois, également, des fibrillations musculaires aux masséters, aux muscles du mollet et de l'épaule; dans quelques cas, des myoclonies du sterno-cléido-mastoïdien, du masséter ou jambier antérieur, se sont associées aux fibrillations. Dans un cas, une réaction myoclonique à la percussion des muscles du mollet s'est manifestée.

d) *La catatonie* a été retrouvée dans 20 pour cent des cas. Elle est, soit peu marquée, simple conservation des attitudes de segment de membres, soit franche, typique, prolongée pendant une demi-heure ou une heure. Fait intéressant, chez aucun de ces malades, il ne s'agissait de démence précoce. Il est donc difficile de dire s'il y a eu révélation d'une tendance catatonique latente ou action médicamenteuse simple.

e) Des *symptômes pyramidaux* transitoires ont été relevés : deux fois un clonus vrai des pieds, une fois un signe de Babinski : l'examen neurologique était négatif par ailleurs. On ne peut dire si ces signes sont dus seulement à l'anesthésique ou s'ils sont la révélation d'une petite atteinte subclinique; il y avait toutefois dans deux de ces cas de l'hyperalbuminose et de l'hypertension céphalo-rachidiennes.

f) Certains *symptômes d'hypertonie sympathique* se font jour : avant tout de la tachycardie et une exagération de la réaction pilomotrice qui se produit parfois spontanément sur tout le corps. Chez nos sujets masculins, il nous a été possible de relever des érections fréquentes.

g) L'*abaissement de la température centrale* est constant d'où la nécessité de protéger les malades contre le froid comme

après l'ingestion d'alcool. Enfin quelques manifestations secondaires et moins intéressantes ont pu être notées : nystagmus, diplopie avec perte de la convergence. On n'a pas relevé de céphalée mais assez souvent des sensations de vertige. Il n'y a jamais eu de dysmétrie ni d'adiadococinésie, mais la marche, dès qu'elle revient possible, reste longtemps ébrieuse.

Tous ces symptômes s'atténuent peu à peu. Certains d'entre eux semblent s'associer de préférence : ainsi l'exagération des réflexes tendineux et l'hypertonie ; de même, fibrillations et myoclonies succèdent souvent à un fort tremblement, lorsque celui-ci s'affaiblit. Comme on pouvait le prévoir, on n'a jamais observé de crise d'épilepsie au cours de l'anesthésie.

Au total, il est impossible de ne pas être frappé de la ressemblance des symptômes réalisés avec ceux que produit l'encéphalite épidémique, ce fait rend vraisemblable une action médicamenteuse élective sur la région des noyaux gris centraux.

L'ÉLECTRO-ENCÉPHALOGRAMME PENDANT LA NARCO-ANALYSE.

Nous avons pensé qu'après l'examen des modifications apparaissant dans les sphères psychique et neurologique pendant l'état hypnagogique, il serait intéressant d'étudier les électro-encéphalogrammes pris pendant cette période. Nous nous aiderons, dans cette étude, des remarques du Docteur OLLIVIER, de Marseille, particulièrement compétent en la matière. Les recherches dont l'exposé va suivre portent sur seize malades, dont une moitié a reçu du pentothal et l'autre moitié de l'amytal. Ces sujets avaient été examinés avant le traitement, et retenus pour leurs tracés normaux avec des *données caractéristiques parfaites*. Chacun d'eux a été conduit à l'état propice pour la narco-analyse, interrogé pendant un certain temps, puis engagé à rester immobile jusqu'à l'endormissement. Chez aucun de ces sujets on n'a étudié la phase du sommeil proprement dit, mais seulement l'état second précédemment décrit.

Les modifications électro-encéphalographiques observées

sont constantes et importantes. Elles intéressent les trois caractéristiques essentielles de l'enregistrement.

1) — *La fréquence est accélérée dès les premières minutes.* Chez les seize sujets la fréquence moyenne qui était de 9,5 hertz avant l'injection passe à 14 hertz après une minute et se maintient entre 14 et 16 pendant toute la narcose.

2) — *L'accroissement de l'amplitude est moins régulièrement observé.* Mais cependant dans la plupart des cas, il existe un survoltage par rapport à l'amplitude initiale, qui peut atteindre 50 % de sa valeur. L'amplitude moyenne des seize sujets passe ainsi de 20 microvolts avant l'injection à 35 microvolts quelques minutes après.

3) — *La forme des ondes elle-même est modifiée* dans le sens d'une simplification du tracé qui devient plus régulier et dépourvu de ces accidents caractéristiques de séries harmoniques additionnées avec ou sans déphasage.

4) — Enfin on constate *une disparition complète des réactions d'arrêt* aux stimulations sensitivo-sensorielles. Les stimuli-visuels (éclairage brusque du sujet), auditifs (sons purs de fréquence variable) et douloureux (piqûre) ne provoquent plus la réaction d'inhibition habituelle du rythme cortical.

La somme des faits précédents nous conduit à admettre au cours de la narcose barbiturique liminaire, l'existence d'un état psychique et cortico-électrique particulier. Cette constatation pose deux problèmes importants : d'une part, celui d'une identité possible entre les modifications bioélectriques observées et celles obtenues sous l'influence d'autres narcotiques; d'autre part, celui des rapports qui peuvent exister entre le rythme enregistré et l'état psychique du sujet au même moment.

1) — *L'effet des narcotiques sur le corticogramme* est différent suivant leur nature.

— Avec les anesthésiques volatils ou gazeux (éther, chloroforme, protoxyde d'azote), on observe, d'abord, un affaiblissement progressif de l'amplitude des ondes avec une accélération marquée de leur rythme; ensuite, lorsque le niveau élévatoire

est atteint, apparaissent des ondes lentes et survoltées battant environ une fois par seconde.

— Les barbituriques « classiques » (dial, somnifène, évipan) ont un effet sensiblement différent : dans une première phase le rythme s'accélère légèrement puis il s'amplifie et se ralentit progressivement.

On voit que les corticogrammes que nous avons obtenus rappellent ceux qui sont provoqués par les barbituriques habituels au début de leur action. Ce qui s'explique d'ailleurs aisément du fait que notre anesthésie demeure constamment liminaire.

2) — *Existe-t-il une relation étroite,* dans la sphère de la causalité entre l'état électrique et l'état psychique du sujet, ou bien s'agit-il d'une simple coïncidence entre ces deux phénomènes ? A notre avis, les deux processus sont parfaitement corrélatifs, et nous en voulons pour preuve le fait qu'il existe au moins une autre circonstance où l'on observe un corticogramme analogue avec un état psychique, marqué par une certaine libération du subconscient et une hypersuggestibilité :

Au cours de l'endormissement physiologique, il existe en effet une phase bien connue pendant laquelle la vie de relation est déjà complètement obnubilée tandis que la vie purement végétative n'est pas encore atteinte. Ce stade intermédiaire qui aboutit à un état de libération instinctivo-affective, avec désordre apparent de la pensée, évocation facile d'images consciemment refoulées et qui peut même se traduire par un certain degré de néantisme, correspond au point de vue bioélectrique à la phase C de Loomis Harvey, Hubart et Lewis, caractérisée par l'apparition de trains fusiformes d'ondes de fréquence un peu plus rapide que les ondes alpha normales (plus de 14 h. par seconde) et d'amplitude augmentée, avec tracé parfaitement régulier. On ne peut manquer de remarquer que l'état psychique de cette période intermédiaire d'endormissement ressemble étrangement à l'état psychique propre du sujet soumis à la narco-analyse, tandis que les états électriques dans les deux cas s'identifient entièrement.

Nous croyons donc que le rythme électrique cortical parti-

culier caractérisé par l'accélération, l'amplification et la régularisation du tracé est la traduction bioélectrique d'un état cortical fonctionnel représenté par un certain degré de dissolution de la conscience.

Il semble même que l'on puisse émettre une hypothèse sur le mécanisme responsable de cet état psychique et électrique particulier.

— Tous les auteurs récents, qui ont envisagé les sphères psychiques en rapport avec la structure cérébrale, sont arrivés à ce même résultat que l'intégration des afférences responsables des phénomènes psychologiques se fait à deux niveaux différents.

1°) Au niveau de l'hypothalamus, lieu d'aboutissement des voies conductives de la cinesthésie, et où se fait l'élaboration de cette force active, matrice des instincts, que tous les psychologues modernes admettent à la base de l'activité vitale.

2°) Au niveau du cortex cérébral, lieu d'aboutissement des voies hypothalamo-corticales, vectrices des intégrations instinctives émotionnelles, et des voies sensitivo-corticales, vectrices des messages du monde extérieur.

— Le schéma actuellement universellement admis, implique donc, dans la régulation, des interrelations *hypothalamo-corticales* essentiellement stimulatrices, et des relations cortico-hypothalamiques inhibitrices.

— Les phénomènes électriques corticaux, s'ils semblent autonomes, réalisent cependant, eux aussi, une régulation puissante sous l'effet du système thalamique. De très nombreuses expériences, détectant simultanément les courants thalamiques et corticaux, excitant le thalamus, supprimant les connexions thalamo-corticales sont entièrement démonstratives à ce sujet. La déafférentation thalamo-corticale intervenant, a pour effet de ralentir et de régulariser le rythme *électro-encéphalographique,* et c'est la constatation d'un rythme de ce type, au cours du sommeil normal et barbiturique et des tumeurs sous-corticales, qui conduisit Bremer et Walter à expliquer par la *déafférentation* le sommeil normal, les narcoses de divers types, et le rythme *béta.*

Or, le thalamus, régulateur du rythme bioélectrique cortical, est soumis lui-même à l'influence des afférences sensitivo-sensorielles (dont les pulsions électriques semblent être, dans une certaine mesure entretenues par la fréquence des *stimuli* : fluking rythmes) et à celle des afférences hypothalamiques (dont l'activité électrique, enregistrée par MORRISOU et par ses élèves au cours d'*anesthésie barbiturique,* est plus rapide que celles du cortex et du thalamus).

— Ne pourrait-on dès lors admettre, que la *déafférentation* corticale, au cours du *sommeil* normal ou barbiturique, doit se faire par étapes ?

— Dans une première étape aurait lieu la déafférentation sensitivo-sensorielle du cortex, ce qui se traduirait, au point de vue psychique, par une rupture progressive des relations avec le monde extérieur et par une *prédominance* considérable des afférences qui concernent la vie instinctivo-affective, et. au point de vue électrique, par la prédominance hypothalamo-thalamique avec des ondes plus rapides, plus régulières et *l'abolition* des réactions d'arrêt.

— Dans une deuxième étape, surviendrait, enfin, la déafférentation hypothalamique du cortex, traduite, au point de vue psychique, par la perte de la conscience, et au point de vue électrique par le rythme bien connu, ample et ralenti du cortex totalement déafférenté.

L'état hypnagogique propice à la narco-analyse serait la première étape, le cortex se trouvant en état de déafférentation sensitivo-sensorielle.

Nous renvoyons pour plus de détails au livre du Professeur DELAY « l'Electro-encéphalogramme normal et pathologique » et aux rapports des Docteurs CORNIL, OLLIVIER, GASTAUD, CAIN au Congrès des Médecins Aliénistes de Langue Française de 1946.

CHAPITRE V

TECHNIQUE DE LA NARCO-ANALYSE PSYCHO-SOMATIQUE

Nous avons vu, dans un chapitre précédent, l'apparition du symptôme névrotique, et nous avons dit qu'il provenait de tendances refoulées, accompagnées, d'ailleurs, de représentations associées, l'ensemble formant le « complexe ». Or, nous avons tous en nous des complexes et, pourtant, nous ne sombrons pas tous dans un état névrotique. Pourquoi ? C'est que, pour la plupart d'entre nous, la charge affective du complexe est aisément subie. Chez certains, cette charge est trop lourde à supporter, il faut que l'évacuation se produise. Elle se fait par la sublimation de la tendance refoulée, autre déguisement du complexe, et c'est alors, le poète, le musicien, l'artiste en général ou le mystique. Chez d'autres, enfin, l' « affect » refoulé prend le masque de la névrose. Mais pourquoi, chez ceux-ci plutôt que chez ceux-là ? En effet, les facteurs étiologiques sont sensiblement les mêmes pour tous, au départ du moins... FREUD admet une constitution prédisposante : cette constitution est une fixation à un stade infantile, c'est le phénomène de la « régression ». Soit donc un malade se présentant dans un état névrotique. Mettons-le dans l'état hypnagogique propice, grâce à une injection de pentothal. Qu'allons-nous faire ? Pratiquer le second temps de la narco-analyse psycho-somatique, c'est-à-dire la narco-analyse. Etudier à fond la technique de l'analyse, nous obligerait à reprendre d'un bout à l'autre les données de la psychanalyse, ce qui dépasserait nettement le

cadre de notre ouvrage. Nous nous contenterons d'insister sur les points qui nous paraissent primordiaux.

Dissolution de la conscience.

Pendant la durée de l'état hypnagogique, nous allons pratiquer l'exploration du psychisme, grâce à une véritable dissolution de la conscience. Nous en avons déjà vu les éléments favorisants : l'euphorie qui met le sujet en confiance, l'hypermnésie qui facilite la reviviscence des éléments passés... Mais la cause déclenchante de cette dissolution, est la levée de ce barrage que l'on nomme censure. Les malades ont l'impression parfois d'un « rideau qui s'ouvre ». Une de nos malades, obsédée, prend pendant la narco-analyse une attitude pittoresque. Durant quelques minutes, elle rit sans savoir pourquoi et se trouve parfaitement stupide... puis elle redevient sérieuse et dit brusquement : « Maintenant je peux parler »... Nous faisons notre séance d'analyse et tout à coup, elle nous prévient : « Maintenant je me réveille, je ne parlerai plus, à la prochaine séance, il faudra m'endormir complètement ». Cette phase pendant laquelle se lève le pont-levis de la censure reste parfaitement consciente. Les malades gardent leur autocritique. Nous citerons à ce propos une observation du Docteur Ollivier.

OBSERVATION IV

A... Sujet présentant un état dépressif réactionnel avec anxiété.

Il s'agit d'un ancien prisonnier de guerre, qui, ayant séjourné cinq ans en stalag, revient et trouve son foyer détruit, sa femme l'ayant abandonné pendant sa captivité. Il fait une psychose réactionnelle des plus importantes avec idées d'incurabilité, d'indignité. Devant l'importance de l'anxiété qui n'est pas calmée par les médicaments habituels, on décide de pratiquer chez le sujet une narco-analyse en vue de tenter d'opérer un reconditionnement. L'exploration du psychisme est particulièrement intéressante, car elle nous révèle que le sujet est un névropathe constitutionnel, obsédé et anxieux par habitude, ayant toujours peur de mal faire, aboulique, inquiet ; il fait un complexe d'infériorité des plus marqués. Poursuivant l'interrogatoire sous

narcose, le sujet s'analyse encore mieux et il devient même autocritique sur son propre cas, en disant qu'il n'est pas un sujet dont la compagnie est agréable, qu'il a une très grande reconnaissance à tous les membres de sa famille qui veulent bien s'occuper de lui, et qu'il comprend parfaitement que n'étant pas un sujet « rigolo » sa femme l'ait abandonné ; ce qui souligne bien la pertinence critique du sujet au cours de l'analyse.

Dès que la contrainte de la censure pèse à nouveau sur le malade, il se replie sur lui-même, s'excusant parfois, avec un air gêné de nous avoir livré ses pensées conscientes et inconscientes. Nous allons donc, grâce à l'assoupissement de la censure, partir à l'assaut de l'inconscient qui séquestre le complexe.

Narco-analyse et exploration du comportement verbal.

Nous allons explorer les instances émotionnelles verbales du malade, qui se trouvent libérées... Pour ce faire, nous devons, d'abord, admettre que le sujet dira la vérité. C'est ce qui se produit en effet dans tous les cas, exceptés ceux de « réticence consciente » (les Américains donnent à l'amytal le nom de « true-serum »).

Nous opérons selon le mode des libres associations et selon le mode des associations dirigées.

La méthode des libres associations, est une technique mise au point par Freud, pour l'étude des rêves. Elle consistait à prendre une à une les différentes images d'un rêve et à réunir au sujet de chacune d'elles toutes les idées qui se présentaient à l'esprit du rêveur. On peut employer le même procédé pour la narco-analyse. On peut, à partir d'un souvenir quelconque, remonter par chaînons associatifs à d'autres souvenirs parmi lesquels se trouvera celui de la situation affective traumatisante. Nous n'employons pas cette méthode durant les premières séances. Son gros défaut est de nous plonger dans un domaine prodigieusement riche en possibilités d'erreurs. Un errement possible est de voir le malade se retrancher derrière des complexes mineurs, afin d'en dissimuler de plus pénibles. Le sujet avoue des complexes bénins — les péchés véniels —

mais il tait, en toute bonne foi d'ailleurs, le complexe capital — le péché mortel. Ce qui nous permet de comprendre que l'on peut, par cette méthode, errer très loin du complexe recherché.

Durant les premières séances, notre préférence va à la *méthode des associations dirigées*. Nous allons l'exposer succinctement, telle que l'a conçue JUNG. Nous disposons d'une liste de mots dits « *mots inducteurs* » choisis au hasard et n'ayant entre eux aucun rapport de signification, — condition indispensable à une expérience de pures associations — par exemple : eau... rond... chaise... herbe... bleu... couteau... aider... poids... prêt. Lorsque l'on présente, l'un après l'autre ces mots à un sujet, il n'émane de cette liste aucune suggestion. L'expérimentateur invite le sujet à réagir à chaque mot inducteur, aussi rapidement que possible, en prononçant seulement le premier mot qui lui vient à l'esprit.

L'expérience repose sur le phénomène psychologique général selon lequel un état de conscience quelconque, — ici, une sensation auditive — évoque d'autres états de conscience. Au mot « eau » lancé pour ainsi dire par nous, le sujet répondra aussi vite que possible par le premier mot qui lui traverse l'esprit, par exemple « mouille » ou « vert » ou « H2 O » ou « laver ». Nous mesurons le « temps de réaction », temps global, composé du temps de la sensation, de l'association, et de la réaction proprement dite. On mesure ce temps avec un chronomètre qui indique les cinquièmes de seconde. On déclenche le chronomètre, par exemple, chaque fois que l'on prononce la dernière syllabe du mot inducteur et on l'arrête dès que le sujet fait entendre la première syllabe du « mot induit ». On note le temps écoulé dit « temps de réaction ». On se contente de cinquante à cent réactions. Au cours de ces expériences, on constate que les temps de réaction sont fort inégaux, tantôt rapides, tantôt prolongés. On remarque que certaines réponses subissent des perturbations : le sujet oublie la recommandation initiale qui l'invitait à répondre par un seul mot, il répond par toute une phrase. L'expérimentateur prononce le mot « eau »; il arrive que le sujet réagisse par « eau, tiens ! vert » répétition du mot inducteur ou bien encore par « vert

— ah ! je voulais dire bleu » le sujet a eu un lapsus; ou bien encore il se met à rire, s'exclame ou répond quelque chose d'inadéquat; ou bien le sujet ne comprend pas ou comprend mal le mot inducteur clairement prononcé, ou réagit par un mot dit stérotypé, c'est-à-dire, par un même mot induit indifféremment à divers mots inducteurs. Certains sujets réagissent fréquemment en répétant le mot « beau ». On appelle toutes ces perturbations ainsi que les temps de réaction des « indices de complexe ». On a constaté, en effet, que les mots inducteurs, qui déterminent une perturbation quelconque de la réaction, sont ceux qui se rencontrent chez le sujet avec un contenu émotionnel et qui touchent, de quelque façon, à la sphère du complexe. Lorsqu'on mot inducteur n'intéresse que la surface de la conscience, la réaction est normale et il ne se produit rien d'insolite; mais, lorsqu'au contraire, il entame et traverse les digues protectrices de la vie intérieure et pénètre dans l'intimité du moi, il détermine une perturbation de la réaction extérieure, en déclenchant, à l'intérieur de l'être, un automatisme, auquel le sujet n'est pas préparé, qui capte son attention, le subjugue en quelque sorte et l'empêche, de ce fait, de remplir les instructions données. C'est une expérience que nous pouvons faire sur nous-même chaque jour. Si l'on nous pose une question délicate, nous ne pouvons répondre immédiatement, nous avons un long temps de réaction, notre mémoire ne nous fournit pas, sur le champ, les matériaux personnels nécessaires, ce sont là des troubles suscités par des complexes. Or, tout ce qui a une tonalité de sentiments accusée est en relation avec des réactions physiologiques, avec les battements du cœur, le tonus des vaisseaux, l'état intestinal, la respiration, l'innervation de la peau.

On peut poursuivre l'expérience de la façon suivante : après avoir enregistré un certain nombre d'associations, on reprend la liste des mots inducteurs à son début, en priant le sujet de répéter les réponses faites à chacun d'eux. Le sujet s'en souvient ou ne s'en souvient pas ou, encore, donne une réponse différente. On note tout cela. Les réactions oubliées constituent des reproductions défectueuses. Celles-ci sont aussi des indices de complexe, au même titre que les autres perturbations qui

distinguent les associations ayant effleuré la sphère affective. Le comportement somatique fournit aussi des indications précieuses; nous l'envisagerons par la suite.

Transcrivons une pareille expérience :

Mot inducteur	Temps de réaction	Indice de complexe	Reproduction
Eau	4/5 de sec.	0	+ = exact
Rond	4/5 »	0	+
Chaise	5/5 »	0	+
Noyer	6/5 »	0	+
Bleu	7/5 »	0	+
Couteau	15/5 »	3	— = faux
Aider	10/5 »	3	—
Poids	20/5 »	1	+
Pret	8/5 »	0	—

Nous constatons une série de temps réactionnels décroissant de 20/5 à 4/5 de seconde. A « couteau » apparaît un temps réactionnel prolongé, on appelle cela une *persévération* et on fait l'hypothèse que le mot « couteau » a touché la sphère affective du sujet. Les indices de complexe révèlent que le sujet ne parvient pas à réagir correctement et les reproductions, elles aussi, sont perturbées. De quoi peut-il s'agir chez notre sujet ? Que signifie le fait que le mot « couteau » entendu déclenche de pareilles réactions ?

Les réactions suivantes sont à nouveau normales, un temps réactionnel prolongé se renouvelle au mot « lance » (12/5 de seconde) puis suivent quelques associations normales puis nouvel achoppement.

Mot inducteur	Temps réactionnel	Indice de complexe	Reproduction
Battre	9/5	1	—
Arbre	10/5	1	+

Le mot critique est ici « battre », la perturbation la plus importante n'apparaissant pourtant qu'après coup. La connexion avec la sphère affective n'a pas été ressentie, clairement, de façon immédiate; le coin, pour ainsi dire, ne s'est enfoncé que progressivement et n'a déterminé la perturbation principale qu'au cours de la réaction suivante, puis elle a cessé à son tour : c'est ce qu'on appelle une *persévération relative*. Quels sont les rapports à établir ? Le sujet avait eu quelques années auparavant une histoire fort désagréable : une bagarre au couteau ayant eu pour lui des conséquences fâcheuses... Or, constatons que les mots couteau, lance, battre et autres... le font sursauter. Le plus intéressant, c'est que le sujet ne remarque rien de ses hésitations. Chaque fois qu'un mot inducteur critique fait mouche, la conscience est immédiatement fascinée; elle se détourne vers l'intérieur et ne remarque plus ce qui se passe à l'extérieur. Le sujet, dès lors, ne constate pas qu'il hésite; il est victime d'une absence qui capte son attention pour un instant durant lequel le temps passe...

JUNG a classé en quinze groupes les associations possibles. Il nous est impossible de nous étendre sur ce point; nous renvoyons, pour cela, à son dernier ouvrage récemment paru « L'homme à la découverte de son âme ».

Nous venons de voir par quels moyens il est possible d'explorer le comportement verbal du malade. Nous ferons cependant une réserve à l'application de cette méthode. En effet, JUNG nous offre cent vingt mots inducteurs mais leur maniement se heurte à deux écueils :

1°) Certains mots sont trop techniques pour certains sujets, ainsi, par exemple, le mot « homosexuel » n'évoque souvent rien dans l'esprit de nos malades, surtout des jeunes, alors que, présenté d'une autre façon, ils seraient fort capables d'y répondre.

2°) D'autre part, il faut compter aussi avec l'intelligence du sujet qui lui permet d'associer plus ou moins rapidement.

Néanmoins, la méthode des associations dirigées nous rend de grands services surtout dans les premières séances d'ana-

lyse car elle permet de trouver un tremplin pour bondir vers le complexe.

Narco-analyse et exploration du comportement somatique.

Nous allons maintenant explorer le comportement somatique du malade pendant la narco-analyse. Ses modifications sont au moins aussi importantes que celles du comportement verbal. Ce sont les attitudes, les gestes, les mimiques émotionnelles, les réactions viscérales. Parfois on assiste à l'éclosion d'un véritable « *réflexe conditionnel* ». Un de nos malades qui s'était jadis adonné à la boisson nous disait dès le début de l'injection : « Je suis exactement comme lorsque j'était saoul; quand j'étais saoul je vomissais. Maintenant, puisque je suis comme quand j'étais saoul je dois vomir » et de fait il faisait de violents efforts de vomissement.

Voici une observation :

OBSERVATION V

« Louise..., âgée de quarante-deux ans est une malade qui présente des crises nerveuses s'accompagnant d'état lipothymique et de chute qui n'ont aucun caractère de comitialité.

Une narco-analyse est instituée en vue de préciser le caractère pithiatique de ces manifestations. Dès le début de l'injection la malade devient euphorique, elle est prise de légers tremblements et dit qu'elle va s'évanouir et elle reconnaît bien là les malaises qu'elle sent actuellement et qui précèdent ses crises nerveuses ».

C'est souvent la reproduction expérimentale d'un symptôme somatique, par exemple, une mimique toujours la même chez un même malade, une crise nerveuse, un tic, une diarrhée, des algies précordiales, une toux spasmodique, une dyspnée, une douleur abdominale, dès que le cours des associations verbales évoque le conflit névrotique, qui nous a mis sur la voie du diagnostic. Il y a un véritable signal symptôme, un « *indice psycho-somatique* » suivant l'expression du Professeur Delay.

Un malade cité par notre Maître, Jean-Marie, quarante ans, dont la vie avait été une suite ininterrompue d'échecs, met, à chaque évocation de ses échecs, son avant-bras replié, devant son front, et le cours des associations verbales révèle qu'il copie l'attitude qu'il prenait, étant enfant, pour éviter les coups de son père, homme autoritaire et brutal qui le terrorisait.

Une de nos malades qui présentait des crises d'allure pithiatique faisait, devant nous, une crise du même genre à chaque fois que les associations verbales l'amenaient à libérer l'agressivité qu'elle éprouvait envers son père.

Mais, souvent, les symptômes somatiques se présentent sous forme de symboles, et il est important de leur donner une interprétation. L'exposé de celle-ci déborderait largement le cadre de cette étude.

Il est important d'étudier, pendant la succession des séances de narco-analyse, les modifications du comportement psychosomatique et de les comparer avec les comportements antérieurs, car ces indices sont les témoins d'une évolution. Et, comme l'a écrit le Professeur DELAY, si on utilisait les méthodes graphiques, il ne suffirait pas d'enregistrer un disque et de prendre un cliché du malade, il faudrait tourner un film et en étudier à loisir le déroulement.

NARCO-SYNTHÈSE.

Nous avons exploré l'inconscient du malade et nous avons touché du doigt le trauma affectif. Nous entrons alors dans la troisième et dernière phase de la narco-analyse psychosomatique, la narco-synthèse.

Elle consiste dans la prise de conscience du trauma affectif, événement ou situation, avec abréaction émotive, et dans l'aperception de la relation entre les comportements morbides et leur motivation psychologique. D'association en association, le névrosé a remonté dans son passé jusqu'à la scène traumatisante qui est à l'origine de sa névrose; il saisit alors le lien entre ses symptômes et le choc émotionnel oublié, et se trouve guéri. Parfois, au moment de la prise de conscience, les forces

qui ont créé la névrose tentent de réensevelir le trauma émotif dans l'inconscient, de recréer la maladie; c'est à ce moment que le médecin joue son rôle dans la réintégration définitive du germe pathogène dans la conscience.

Voici un exemple que nous empruntons à une observation publiée par le Docteur MANCEAUX d'Alger.

OBSERVATION VI

Il s'agit d'un officier se présentant dans un état confusionnel apparu après un choc émotif sérieux. Il avait eu un mois avant, un accident de voiture au cours duquel une jeune fille avait été tuée, mais où lui-même n'avait pas été traumatisé. Il était entré dans un état stuporeux avec immobilité et mutisme complet, faisant place, peu à peu, à une confusion mentale marquée, avec amnésie rétrograde importante, sa lente rétrocession avait démasqué un certain maniérisme qui, joint aux renseignements défavorables fournis sur le malade, avait pu faire porter le diagnostic de « syndrome d'allure schizophrénique ».

C'est donc dans ces conditions, alors qu'il a oublié jusqu'au souvenir de l'accident, qu'est pratiquée la narco-analyse.

Le malade est orienté sur son accident d'automobile et il commence par en raconter un autre, qu'il avait eu auparavant, avec force détails. Lorsque ce récit fut achevé, on lui parle de l'accident contemporain du début de son état actuel... Il ne l'évoque pas immédiatement « quel accident... Je n'ai pas eu d'autre accident... Ah oui ! attends ». Il raconte les préliminaires du voyage, il raconte les circonstances de l'accident, le décrit, et s'arrête au moment où il voit le corps de la jeune fille, le crâne fracassé. Il revit alors la scène traumatique « elle est morte... c'est affreux. Il faut faire quelque chose, on va dire que je l'ai tuée. On va dire que je ne sais pas conduire... je n'ai pas mon permis... ». La décharge émotionnelle est intense, le ton très ému, la voix très basse, l'expression du visage angoissée, des frissons le secouent tout entier. Il raconte ensuite le retour, l'arrivée à l'hôpital d'Aix, où on lui annonce que la jeune fille est morte, et de cet instant commence la période d'amnésie lacunaire totale, d'amnésie de fixation. La narcose se terminait quand *réapparurent deux petites bouffées confusionnelles.*

Chaque fois les médecins lui ont rappelé son accident, ses détails, lui

ont rappelé son émotion en l'évoquant, lui ont expliqué ce qu'avait été sa maladie, en un mot, ont réalisé l'intégration, en sa conscience, du trauma refoulé, en l'accompagnant jusqu'au réveil.

Les deux petites bouffées de confuion sont le témoignage du conflit entre sa conscience et *l'incident traumatisant qu'elle tentait de rejeter dans l'inconscient.*

Cette narco-synthèse nous semble intéressante et démonstrative.

Mais, si, dans certains cas, le conflit affectif affleure presque à la conscience, le plus souvent il est beaucoup plus profond et se dissimule sous des masques symboliques dont l'a revêtu l'activité psychique inconsciente. Ces masques symboliques font allusion au complexe, ils en sont une allégorie. Les symboles sont nombreux, se distinguant les uns des autres par des déplacements subtils de nuances et de signification. Nous pensons avec le Professeur DELAY que l'utilisation des locutions populaires, des mythes, du folklore, des rites et de toutes les institutions sociales où se concrétise ce que JUNG appelle « l'inconscient collectif » est un excellent moyen de faire prendre conscience au malade de son inconscient individuel et de l'aider à comprendre les travestissements dont se déguisent les complexes.

Devant des malades présentant des symptômes névrotiques, dont le sens est inconnu pour eux, il semble facile de les guérir, puisqu'il suffit de leur faire prendre conscience de ce sens et des rapports existant entre leur comportement et sa motivation psychologique. Mais il ne suffit pas au médecin de traduire au malade ses symptômes, car, s'il lui communique ce qu'il sait, il n'obtient aucun succès; le malade comprend le sens du symptôme mais n'éprouve aucun soulagement. Il faut pour cela une transformation intérieure du malade. Il faut qu'il établisse lui-même le rapport entre le symptôme qu'il présente et sa signification. C'est dans cette tâche que le médecin peut l'aider.

Arrivés à leur trauma, les malades se comportent différemment :

— certains se lèvent, marchent, gesticulent, crient, revivant la scène traumatisante sur un mode moteur;

— d'autres ne manifestent leur émotion que par l'exubérance de leurs propos et des manifestations plus ou moins expressives;

— certains racontent simplement lèur histoire, l'émotion ne se traduit que par une tonalité un peu élevée de la voix, une rougeur de la face, un regard brillant ou inquiet.

Durant cette période, l'attitude du médecin est très variable selon les cas : tantôt la scène déclenchée, il lui suffit de rester dans l'ombre, en spectateur, et de laisser la crise libératrice s'accomplir, tantôt il lui faut calmer le sujet trop exubérant ou apaiser une angoisse trop intense, tantôt au contraire, il doit stimuler le malade pour créer l'émotion suffisante.

Mais la tâche du thérapeute n'est pas terminée. Une fois la crise émotive apaisée, il doit accompagner son malade jusqu'à son réveil, l'aider à intégrer dans son conscient le souvenir retrouvé dans son subconscient.

Obstacles a la narco-analyse.

Le médecin est parfois gêné dans son travail par quelques écueils qu'il rencontre en chemin.

Le premier de ceux-ci consiste dans certaines *manifestations oniriques*. En effet, certains malades, par l'intermédiaire du barbiturique, se trouvent dans un état onirique dont il est difficile de les tirer. Témoin ce malade, déjà cité, qui à la période d'euphorie se sentait mourir et décrivait avec force détails les aspects de la vie nouvelle qu'il entrevoyait. Il peignait les magnifiques jardins peuplés de grandes fleurs, parcourus par de longues allées bordées de grands arbres, et enfin il voyait « cent mille apothéoses » (*sic*). De toute façon, si cet état onirique cause un léger retard à l'analyse, le narco-analyste peut, néanmoins, en considérer les éléments comme faisant partie de la libération attendue, et les interpréter

comme des symboles, exactement comme s'il se trouvait devant un rêve.

D'ailleurs les manifestations oniriques ne gênent pas forcément l'analyse, car elles semblent parfois simplement se surajouter. Voici une observation du Docteur OLLIVIER :

OBSERVATION VII

Il s'agit d'un jeune Nord-Africain suspecté de meurtre.

L'examen approfondi du sujet ne donne aucun élément intéressant. Il prétend ne se rappeler de rien, sinon qu'il avait bu et qu'il s'est retrouvé à la Prison.

Dès le début de l'injection, le malade montre une euphorie intense et rit; il est même agité par de véritables crises de rires; puis, à l'état second, on arrête l'injection et il se lève, il a une démarche trébuchante et ébrieuse, en continuant ses crises de rires. Interrogé sur leur motif, il se met à raconter qu'il est dans le même état que celui dans lequel il se trouvait lorsqu'il commit le meurtre qui lui est reproché et qu'il raconte avec détails. Il en revit tous les moments, il se rappelle qu'étant en Italie, un Napolitain l'avait invité à boire et lui avait fait absorber une quantité importante de rhum et qu'il était parti, voulant rentrer à la caserne. Arrivé devant son cantonnement, il s'était pris à partie avec la sentinelle et croyant que celle-ci l'injuriait et voulait lui faire du mal, il avait tiré sur elle. Il ajoutait qu'il revoyait tous ces vilains démons qui voulaient lui faire du mal. Le sujet peut faire le récit complet de son histoire et en revire tous les moments. Il ajoute que, chaque fois qu'il boit, il est dans le même état. Ce qui permet bien d'attribuer aux manifestations que ce jeune malade présentait, au cours de la sub-narcose, l'apparition de signes oniriques avec visions terrifiantes fantasmagoriques, et qui entrecoupaient ses éclats de rire et donnaient à son visage des expressions horribles.

A quoi sont dues ces manifestations oniriques ? Peut-être à une particulière sensibilité de certains sujets au barbiturique qui, là encore, agit exactement comme le ferait l'alcool.

Plus gênant parfois est un phénomène qui n'est pas particulier à la narco-analyse, mais que l'on rencontre également dans la psychanalyse, la *projection des éléments complexuels;*

nous en avons rencontré des cas assez fréquents. Un de nos malades, exhibitionniste, nous fait part, dans une première séance, « des desseins coupables que sa mère éprouvait pour lui et qu'elle lui avait fait entrevoir ». Or les analyses suivantes nous ont révélé que ces desseins étaient imputables à lui et non à sa mère... en somme, suivant la locution populaire « qu'il prenait ses désirs pour des réalités ».

Un autre malade, obsédé par l'idée que, du fait de sa maladie, sa femme allait le tromper, reconnaît à la première séance, qu'il avait cette pensée « parce que lui, dans le même cas, n'hésiterait pas à tromper sa femme ». La projection des éléments complexuels n'est également, pour le narco-analyste qu'un écueil passager, elle cède au cours des séances et elle nous semble avoir son intérêt; elle permet en effet, au malade une première prise de conscience qui ne peut que lui être salutaire.

Le gros écueil pour le traitement, c'est la *résistance* consciente et aussi inconsciente. Nous essayons de la prévenir en prenant quelques précautions. D'abord, il nous semble nécessaire d'exposer au malade, dans une première séance servant de prise de contact, sans narcose, par la simple conversation, le principe du traitement, de lui faire comprendre qu'il doit exister des rapports entre les symptômes qu'il présente, au moment où il vient nous consulter et des phénomènes inconscients, et pour cela de lui faire admettre la réalité de l'inconscient, qui, pour les êtres frustes, est du domaine de l'invraisemblable... Cette résistance persiste parfois pendant plusieurs séances. Nous avons eu l'occasion de traiter un malade qui, à la quatrième séance, nous disait encore, en exposant un symptôme somatique : « Je ne crois pas que ce soit nerveux ». C'est ainsi que certains malades, au début, si nous leur demandons : « A quoi pensez-vous », répondent « à rien » ou bien « j'ai trop de choses qui défilent dans ma tête pour pouvoir les préciser » puis ils se laissent aller à un rêve intérieur. Il est à remarquer que cet état de chose se produit rarement chez des malades ayant, d'emblée, confiance dans le traitement. Le doute est l'ennemi numéro 1 du narco-ana-

lyste. Le narco-analyste ne peut admettre, nous le savons, ce voudrait garder vierge de toute exploration.

Cette résistance s'accroît parfois au moment où nous sommes sur le point d'amener à la conscience des éléments importants, tirés de l'inconscient et pénibles pour le patient. Le malade qui, jusqu'alors, avait pleine confiance dans le traitement, nous fait part, avant la séance, de ses craintes, de ses doutes quant au succès, renforcés par le fait qu'il éprouve, parfois, au point de vue somatique, une recrudescence de ses symptômes. Il nous apparaît que nous devons être en présence d'une véritable résistance de l'inconscient, par opposition à celle, consciente, du malade qui doute d'emblée du traitement, résistance qui puise dans l'intelligence ses arguments; et pourtant, ne peut-on les ramener au même but ? une volonté inconsciente de ne pas guérir. Une de nos malades, hystérique, ne nous disait-elle pas à la première séance de narco-analyse : « Docteur, ne me guérissez pas, je vous en supplie ». La critique, le doute ne sont que des expédients dirigés par la résistance. En effet, si, dans le cours de l'analyse, on présente au malade une interprétation qui lui convient, il l'accepte sans aucune difficulté. Il semble que la force qui s'oppose à la modification de l'état morbide doit être de même nature que celle qui a provoqué cet état.

Une autre forme de résistance, que nous avons constaté, consiste en une mauvaise « détente » du malade qui se raidit de toutes ses forces contre l'effet relâchant du narcotique, ce qui provoque parfois un réveil extrêmement rapide, le malade craignant de parler alors qu'il n'a plus le contrôle parfait de sa volonté consciente. D'ailleurs, dès que commence la libération des conflits affectifs, tout rentre dans l'ordre, et le malade donne l'impression de se « laisser aller ».

Un autre facteur de difficulté, indépendant de la volonté du malade et de celle du médecin, réside dans le *pays d'origine* du malade.

Il semble, par exemple, que les mots prononcés pour l'analyse, n'aient pas, pour un malade étranger même parlant admirablement le français, la même résonance psychique que pour

nous. Cela tient probablement à l'impossibilité qu'il y a, de traduire les mots, d'une langue dans une autre, avec le même contenu intellectuel et affectif. Nous en avons fait l'expérience avec des Russes que nous avons eu l'occasion de traiter. D'ailleurs, ce phénomène se produit avec des Français qui ont toujours parlé un patois ou un dialecte. Nous en avons eu l'exemple chez un Breton de trente ans qui, jusqu'à vingt ans, n'avait connu d'autre langue que le breton. Nous avons eu nettement l'impression que certains mots pourtant habituellement prononcés, n'évoquaient absolument rien pour lui, non pas parce qu'il affleuraient à la zone de défense du complexe, mais parce qu'ils étaient « vides » pour lui.

Le transfert.

Si le narco-analyste rencontre des écueils, sur le chemin de l'analyse, il est aidé, dans sa tâche, par l'apparition d'un phénomène bien connu des analystes : nous voulons parler du tranfert. Il survient très vite. Le médecin devient, pour le malade, le « deus ex machina » hors duquel il n'y a rien, ni salut ni vérité. Le malade projette sur la personne du médecin le symbole de ses contenus inconscients. Le malade se comporte envers nous d'une façon singulière; lui, qui ne devrait pas chercher autre chose que la guérison de ses symptômes, manifeste un intérêt particulier pour le médecin ! Parfois, une petite difficulté surgit : le malade ne s'intéresse plus au travail analytique; on s'aperçoit que la cause de ce trouble réside dans le profond attachement que le patient éprouve à l'égard du médecin. Il s'agit d'un transfert de sentiments sur la personne du médecin. Cette promptitude affective existant chez le malade, à l'état latent, a subi le transfert sur l'analyste à l'occasion du traitement. Chez nos malades de sexe masculin, il nous a été souvent donné de constater des transferts homosexuels.

Le transfert a un gros intérêt pour le succès du traitement. En effet, il dispose le malade à considérer le médecin avec une confiance accrue et dissipe les dernières vélléités de résistance qu'il pourrait encore avoir. Au début, c'est la con

fiance dans le médecin qui autorise le malade à se faire traiter et à admettre ses communications.

Le transfert revêt le médecin d'une grande autorité.

Comment celui-ci doit-il se servir du transfert ? Il est nécessaire de « surmonter » le transfert en montrant au malade que ses sentiments, au lieu d'être produits par la situation actuelle et s'appliquer à la personne du médecin, ne font que reproduire une situation dans laquelle il s'est déjà trouvé auparavant. On l'aide ainsi à remonter de la reproduction au souvenir... C'est donc un auxiliaire précieux pour le médecin qui sait l'utiliser. Il faut cependant qu'il prenne garde car le transfert est une arme à deux tranchants. En effet, il ne faut pas que l'attitude du médecin prête à l'exagération du transfert, car il risquerait de provoquer une nouvelle névrose, dite « névrose de transfert ». Le médecin peut et doit se servir du transfert, mais il ne doit pas en devenir l'esclave.

Le transfert n'est pas un phénomène particulier à la narco-analyse. Il est aussi l'apanage de la psychanalyse. Mais il y a des différences entre les deux formes du transfert. Dans la narco-analyse, il s'opère beaucoup plus vite et ne prend jamais le caractère gênant qu'il a parfois dans la psychanalyse. Dans la narco-analyse, il semble, également, moins profond. D'ailleurs, dès que le malade libère ses complexes, le transfert semble fondre, petit à petit, alors que dans la psychanalyse, il persiste parfois assez longtemps. D'autre part, il semble que l'on assiste moins souvent à des transferts négatifs que dans le traitement psychanalitique pur.

Chapitre VI

DUREE — NOMBRE — FREQUENCE DES SEANCES

Quelle est la durée moyenne d'une séance de narco-analyse ? Il est assez difficile de s'en faire une idée générale. Elle varie suivant la technique employée par l'analyste. En effet, certains analystes ne considèrent comme période féconde que celle qui est représentée par l'état hypnagogique. Dans ce cas, la durée de la séance n'excède jamais une demi-heure. D'autres analystes considèrent que la phase de réveil peut également être utile. Ils admettent, en effet, que l'anesthésie a donné une certaine élasticité à la censure, et que, dans les cas propices, cette période peut être favorable à une psychothérapie dirigée. Dans ce cas, le malade, étant parfaitement conscient de tout ce qu'il a pu dire ou faire durant l'état hypnagogique, cherche à fixer dans sa conscience les éléments que l'analyste lui soumet comme importants, éléments qui pourront servir de point de départ à la séance suivante. Si l'on opère de cette façon, la séance durera au moins une heure. On se rend compte, d'après ce court exposé, de la difficulté que l'on éprouve à préciser la durée d'une séance de narco-analyse.

Combien devra-t-on faire, à un malade, de séances de narco-analyse ? Là encore, nous éprouvons une grosse difficulté à répondre avec précision. Le nombre de narco-analyses dépendra : d'une part, de la profondeur du refoulement de l'élément traumatisant, et d'autre part, de la technique que l'on emploie.

Suivant la profondeur du refoulement de l'élément traumatisant : parfois, il suffit de quelques séances, l'affect se trouvant « à fleur de conscience »; ainsi, par exemple, dans les névroses émotionnelles, où l'événement pathogène est récent. Par contre, lorsque le refoulement est profond, remontant aux années de l'enfance, comme dans certains types de névroses caractérielles, il est indispensable de faire une analyse psychosomatique « en profondeur » qui nécessitera des séances plus nombreuses.

Suivant la technique employée : certains analystes préconisent de poursuivre le traitement sans discontinuer jusqu'à l'obtention du résultat cherché. D'autres, par contre, procèdent, si l'on peut dire, « par paliers », ils étudient le comportement du malade et dès que la libération des complexes commence, ils cessent le traitement narco-analytique, ne revoyant le malade que pour de simples conversations psychothérapiques. Durant cette période, ils peuvent se rendre compte de la réadaptation du sujet à la vie journalière et mesurer les progrès accomplis. Puis, ils reprennent les séances de narco-analyse psycho-somatique jusqu'à la guérison complète.

En ce qui nous concerne, nous procédons de la façon suivante : nous étudions le comportement de notre malade durant la phase hypnagogique et nous poursuivons la psychothérapie à la période de réveil. Nous pratiquons également « par paliers », jusqu'à la guérison complète. De toute façon, il nous semble inutile de pratiquer plus de trente séances.

Il se rencontre, parfois, dans le cours du traitement narco-analytique, un phénomène curieux que certains veulent ranger dans la classe des toxicomanies, nous voulons dire un besoin impérieux que le malade ressent, de l'injection... phénomène que l'on pourrait appeler la « narcophilie ». Il est hors de doute que l'état euphorique, dans lequel le barbiturique plonge le malade, entre en jeu dans ce phénomène, mais nous ne croyons pas devoir nous attacher à ce simple fait. *Il nous semble que cette narcophilie est une conséquence du transfert.* Le malade sait très bien que la piqûre lui permet de correspondre plus facilement avec son médecin et, profondément, il souhaite cette

correspondance. Ce qui nous permet d'émettre cette hypothèse, c'est le fait que nous avons toujours constaté la décroissance de cette narcophilie, dès que commence la libération et la prise de conscience des éléments du conflit affectif, décroissance qui marche de pair avec celle du transfert. Un de nos malades, lors des premières séances d'analyse, arrivait en nous disant : « Docteur, oh ! Docteur, vite notre petite piqûre. Depuis la dernière séance, je n'attends que ce moment ». Le malade faisait, par ailleurs, sur nous, un transfert homosexuel. Au fur et à mesure de la prise de conscience, son enthousiasme diminuait, en même temps que le transfert, et peu avant la libération totale des éléments conflictuels avec abréaction, nous lui avons demandé s'il éprouvait toujours le même besoin du barbiturique. Il nous a répondu : « Non, depuis la troisième séance, ce besoin devient de moins en moins impérieux ». Or, la troisième séance marque la libération des premiers éléments refoulés des complexes mineurs, et l'explication que nous lui avons faite du transfert. Nous représentions pour ce malade, le père mort quelques mois auparavant.

A quel *rythme* doit-on faire les séances de narco-analyse ? Nous pensons qu'au début du traitement, une séance suffit par semaine. En effet, durant ce laps de temps qui s'écoule entre les deux séances, l'inconscient effectue un « brassage » qui peut être salutaire. Dès que la libération des éléments conflictuels survient, il nous paraît utile d'accélérer le rythme des séances et d'en faire par exemple, trois par semaine. Cette libération est le premier signe du fléchissement de la censure et il ne faut pas courir le risque que l'élément libéré repasse dans l'inconscient. Il faut, en quelque sorte, par des séances rapprochées, laisser l'inconscient « sous pression ».

DEUXIEME PARTIE

Je suis l'enfant du XX^e^ *siècle et je porte, ce soir, toute la fatigue de la terre.*

(J. POMMARES.)

CHAPITRE I

LA NARCO-ANALYSE, METHODE D'EXPLORATION

La narco-analyse, en tant que méthode d'exploration, peut être appliquée à la plupart des syndromes mentaux et des maladies mentales. Cette exploration systématique donne des résultats féconds. Tel persécuté réticent extériorise toute la systématisation de son délire; tel hystérique retrouve les souvenirs électivement oubliés à l'état de veille; tel épileptique revit le contenu de ses fugues; tel émotionné, atteint de mutisme et d'un négativisme d'apparence catatonique, assiste au bombardement qui déclencha son catatonisme émotionnel; tel simulateur est pris au piège.

AMNÉSIES.

C'est ici la méthode diagnostique de choix. En effet, l'un des diagnostics psychiatriques les plus difficiles est celui qui doit être établi entre les amnésies simulées et les amnésies hystériques : le simulateur dupe, l'hystérique est dupe.

Dans l'*amnésie élective* des hystériques, les souvenirs ont été non seulement parfaitement constitués et fixés, mais encore présentifiés. Le trouble porte, non sur la « mémoration », mais sur la « remémoration ». L'évocation volontaire de certains souvenirs est devenue impossible, mais ils ne sont pas détruits. On peut, en effet, observer leur évocation involontaire durant la narco-analyse. Ces souvenirs sont comme recou-

verts d'un voile que le malade n'a pas jeté *consciemment*, car alors il s'agirait d'une simulation d'amnésie, mais *inconsciemment*. Ils ont été refoulés, par la censure, dans l'inconscient qui a tissé le voile qui les dissimule. La cause de cette amnésie est donc le refoulement. La censure ne peut tolérer, dans le champ de la conscience, le souvenir, et le renvoie dans l'inconscient. Cependant, le contenu de l'oubli paraît bien souvent banal. FREUD reconnaît qu'il peut en effet le paraître, mais qu'en réalité il ne l'est pas. Il est le substitut de quelque chose de plus important à quoi il se relie par une chaîne d'associations, sur laquelle ce sera précisément la tâche de l'analyste de tirer, jusqu'à ce qu'il finisse par amener, à la conscience claire, le complexe révélateur de la personnalité profonde. Voici un exemple emprunté à FRINK : une jeune femme cultivée a oublié le nom de l'auteur du « Paradis perdu » et l'attribue à DANTE. Chacun pourrait penser que c'est là un oubli banal ! Or, cette femme fit, par la suite, un état névrotique qui nécessita une analyse. Elle révéla qu'elle avait une aversion profonde pour un certain type d'homme blond, qui répondait, précisément, à celui d'un de ses cousins qu'elle avait aimé avant son mariage et que, depuis, elle avait cherché à oublier. Or, ce cousin s'appelait MILTON. L'aversion pour les hommes blonds et l'oubli de ce nom étaient une sorte de garantie contre le retour de l'amour refoulé.

Ces amnésies électives ont généralement trait à un événement, à une personne, à une période de la vie centrée autour d'un certain état affectif pénible. Cet oubli est, en fait, le refus d'une acceptation de la réalité, une méconnaissance systématique. Or, de toutes les réalités à accepter, la plus pénible est, en général, celle de la mort. C'est sur cette révolte affective contre l'idée de la mort que se sont forgées la plupart des croyances humaines, la mort n'étant pas une fin, mais un moyen d'atteindre « une vie éternelle ». Tout ceci explique que les méconnaissances hystériques de la mort ne sont pas rares. Or, dans la narco-analyse reparaissent les souvenirs abolis, électivement, à l'état de veille.

Voici une observation d'un malade du service, citée par le

Professeur DELAY (*Annales Médico-Psychologiques* — mars 1946). Ce malade présentait une amnésie élective (méconnaissance systématique de la mort de sa mère), qui fut révélée par la narco-analyse.

OBSERVATION VIII

Frédéric, manœuvre à la S. N. C. F., nous fut adressé, par le service neuro-chirurgical de la Pitié, pour des crises pseudo-jacksoniennes faciales, se produisant plusieurs fois par jour. Elles consistaient en une sorte de tic de la face avec crispations d'une moitié du visage, suivies par une occlusion, lente, solennelle des paupières. Les examens biologiques (ponction lombaire, électro-encéphalogramme, pneumo-encéphalographie) restèrent négatifs. A l'état de veille, le malade ne présentait aucun symptôme psychique anormal, en dehors d'une débilité mentale (8 ans au Binet-Simon) et se plaignait seulement de ses crises. La narco-analyse psycho-somatique révèla que, plusieurs mois avant le début de ses crises, la mère du malade, à laquelle il était passionnément attaché, était morte. Fait remarquable, cette mort était « oubliée » à l'état de veille. Il n'en parlait jamais et présentait à cet égard une méconnaissance systématique du type des amnésies hystériques. Au cours des séances, le malade reproduit son tic de la face, chaque fois qu'il évoque sa mère sur son lit de mort, avec des détails d'une extraordinaire précision, évoquant ainsi la dernière vision qu'il avait conservée d'elle et se sentant « en communication » avec elle.

Nous renvoyons pour plus de détails concernant les amnésies au beau livre du Professeur Jean DELAY : « Les dissolutions de la mémoire », auquel nous avons emprunté les éléments de ce paragraphe.

Par contre, le sujet qui « *simule l'amnésie* » peut continuer à se défendre sous narcose et, s'il est pris au piège, ce n'est que par des expressions telles que « vous ne me ferez rien dire... Je ne dirai que ce que je voudrai... Je ne veux rien dire... », alors qu'à l'état de veille, il prétendait ne rien se rappeler. Les débiles mentaux, au cours de l'exploration, avoue leur simulation.

En voici un exemple que nous tenons de la bienveillance

du Docteur OLLIVIER de Marseille. Il s'agit d'une simulation d'amnésie lacunaire pouvant évoquer une origine comitiale.

OBSERVATION N° 9

Mig... F..., soldat de 2e classe, âgé de vingt ans, nous est envoyé, de son Corps, pour « comportement psychique anormal et allégation d'un état nerveux, ne lui permettant plus de rester dans l'Armée ».

L'examen du sujet nous montre qu'il s'agit d'un instable, arriéré intellectuel, niveau limite inférieure, engagé volontaire par goût de l'aventure, dit-il. Désigné pour l'Extrême-Orient, il s'est « débrouillé », à deux reprises, pour ne pas partir. A la troisième désignation, il aurait quitté son camp sans permission et sans se rendre compte de ce qu'il faisait ; il prétendait avoir fait d'autres fugues de ce genre, au cours de sa vie, et n'en garder aucun souvenir.

Nous décidons une narco-analyse sans préparation. Son résultat ne se fait pas attendre : dès le début, le sujet nous avoue qu'il n'est nullement malade, mais qu'il a voulu simuler une fugue inconsciente pour ne pas partir en Extrême-Orient et se faire réformer. L'interrogatoire sous narcose prolongée nous renseigne sur la valeur du sujet qui nous apparaît comme un débile mental, puéril et sans jugement, qui a peur de mourir en allant en Extrême-Orient. De plus, elle nous apprend qu'il a des idées personnelles à caractère nettement anti-collectiviste ; il prétend notamment que « tout homme est libre de ses actions et qu'on ne peut obliger personne à aller contre son libre arbitre, tout autant que les actes qu'il commet ne nuisent pas à autrui ». En l'occurrence, il s'était engagé non par idéal patriotique, ni par goût de l'aventure, mais simplement par nécessité de vivre ; puis, craignant que dans cette guerre il ne serve les trusts, il préférait être dégagé de l'Armée par résiliation de son contrat et se verser dans une vie politique ardente, pour pouvoir arriver à obtenir une situation.

L'intérêt de la narco-analyse dans ce cas est de nous avoir permis de découvrir rapidement la simulation et des notions plus précises sur la valeur intrinsèque du sujet, qui, en fait, entraient bien dans un cadre pathologique.

Réticences.

C'est également la narco-analyse psycho-somatique qui se montre la méthode diagnostique de choix. On sait que la *réticence,* quel qu'en soit le mécanisme, réticence délirante, réticence par crainte, par pudeur (si fréquente dans les névroses sexuelles), par intérêt, par méfiance, rend difficilement praticable l'examen d'un malade mental. La narco-analyse, par la création de cet état d'euphorie et de dissolution de la conscience que nous avons étudié, rend les plus grands services.

Crises du type pithiatique ou comitial.

Souvent, nous recevons des malades présentant des crises nerveuses pour lesquelles le diagnostic reste hésitant : *crises pithiatiques* ou *crises comitiales ?* D'autres fois, des malades viennent consulter pour des troubles d'apparence organique : n'ont-ils pas une origine pithiatique ? La narco-analyse psycho-somatique permet d'assurer le diagnostic.

Nous empruntons les trois observations qui suivent à une communication particulièrement intéressante faite par le Professeur Jean Delay, en juillet 1945, à la Société Médico-Psychologique.

OBSERVATION N° 10

« Il s'agit d'une jeune fille de dix-sept ans, amenée à l'hôpital pour des crises qui ont débuté à l'âge de douze ans et qui, depuis, se reproduisent irrégulièrement. Ces crises se représentent toujours de la même manière : chute brusque, mais non brutale, agitation désordonnée avec cris, pas de blessure, pas de morsure de la langue, pas d'émission d'urine, pas de stertor. La crise dure une demi-heure ou une heure et est généralement suivie de larmes.

Le psychisme de cette malade est très particulier : aucun élément spectaculaire dans sa présentation, au contraire. Elle ne se mêle pas aux autres set quand on essaie de l'interroger, on se heurte à une hostilité silencieuse et ironique, impossible à vaincre... Connaissant l'effet du 245 R. P. qui est de lever les interdits et les contrôles de la volonté, nous en

faisons à cette malade une injection, dans le but de la faire parler. A peine lui a-t-on injecté deux centimètres cube de la solution, qu'elle s'endort très paisiblement. Au bout d'une ou deux minutes, voulant éprouver la profondeur de ce sommeil, on la pince assez violemment. La malade fait une grimace et aussitôt commence à présenter une crise d'agitation désordonnée. En la maintenant solidement on parvient à lui réintégrer un centimètre cube d'anesthésique. Sommeil profond : la respiration est calme et lente, le relâchement musculaire complet ; les réflexes tendineux sont difficilement obtenus, le réflexe cutané plantaire est indifférent ; la malade ne réagit pas aux excitations les plus vigoureuses. Cet état dure environ cinq minutes. Puis le sommeil devient moins profond : la malade soupire, s'agite un peu. Le relâchement musculaire fait place à une sorte de raidissement d'aspect volontaire. La recherche du Babinski détermine des réflexes de défense et, brusquement, à la faveur d'un pinçon, se déclenche une nouvelle crise très violente et qui va durer plus d'une heure. Peu à peu l'agitation et les hurlements se transforment en crise de larmes et quand nous voyons la malade, deux heures après le début de l'injection, elle est seulement fatiguée, elle souffre de la tête et ne se rappelle de rien.

Trois fois, nous avons refait dans les mêmes conditions une injection d'anesthésique 245 R. P. Trois fois nous avons obtenu un résultat analogue, à ceci près que l'emploi d'une solution très diluée n'a amené la crise qu'après un temps de latence de plusieurs minutes. Pour éliminer l'élément de suggestion, nous avons fait, chez cette malade, dans les mêmes conditions et avec le même cérémonial, une fausse injection et aucune crise n'est apparue ».

L'impression des auteurs est que l'anesthésique est capable de déclencher des crises névropathiques, son action paraissant liée à ses propriétés soporifiques. Ils ont essayé de voir s'il s'agissait d'une réaction propre aux seuls hystériques et pour cela ont injecté le 245 R. P. à des sujets atteints de : névrose d'angoisse, mélancolie, obsessions, hypocondrie, démence précoce. Tous ces essais ont confirmé l'action libératrice de l'anesthésique. Aucun de ces malades n'a présenté la moindre crise, ni la moindre réaction névropathique.

Ils ont injecté l'anesthésique à des épileptiques, qui se sont endormis puis réveillés sans présenter de crises ni d'équiva-

lents. On sait pourtant la fréquence avec laquelle les crises apparaissent à l'endormissement et au réveil physiologiques. Donc le 245 R. P. injecté à des *malades non hystériques, ne produit aucune réaction hystérique.*

Les auteurs ont alors injecté l'anesthésique à deux malades pour lesquelles le diagnostic restait hésitant.

OBSERVATION N° 11

« Il s'agit d'une jeune fille de vingt-trois ans, psychasténique, amenée à l'hôpital parce qu'elle présente depuis que son père est mort d'angine de poitrine, des crises de douleurs précordiales irradiant dans le bras gauche, avec dyspnée et angoisse à grand spectacle. L'injection de quatre centimètres cube de 245 R. P. ne provoque pas d'endormissement, mais une sensation d'ivresse, d'étrangeté. La malade voit double. Interrogée, elle exprime sans réticence une situation affective et familiale douloureuse, tenue secrète à l'état de veille. Elle est actuellement fiancée à un jeune homme qui s'étonne de la froideur qu'elle lui témoigne. La famille désire vivement ce mariage, mais cette jeune fille a la crainte des rapports sexuels et une attitude homosexuelle vive non réalisée et soigneusement cachée à tous. Peu à peu elle parle moins, s'interrompt pour manifester, par des gestes de théâtre et des yeux dilatés, une terreur sans objet. Elle devient dyspnéique, accuse une sensation d'angoisse et de douleurs précordiales et, finalement, est la proie d'une véritable crise d'hystérie avec agitation et cris ».

OBSERVATION N° 12

« Il s'agit d'une jeune fille de vingt ans qui présente depuis l'âge de dix-sept ans un syndrome infundibulo-tubérien avec arachnoïdite opto-chiasmatique qui a nécessité une intervention. A cette époque, apparaissent des troubles du caractère : la malade jusqu'alors très douce, devient irritable, capricieuse. Quelques mois après ce changement de personnalité, surviennent des crises qui tiennent à la fois de l'hystérie et de l'épilepsie.

On injecte deux centimètres cube d'anesthésique. La malade s'endort. Elle reste paisiblement endormie pendant vingt minutes et au réveil éclate une crise d'agitation désordonnée, sans morsure de la langue, sans Babinski

post-paroxystique. Les injections suivantes provoquent des phénomènes identiques ».

Le 245 R. P. est capable de favoriser l'apparition de manifestations hystériques, chez les hystériques, *même si l'élément hystérique n'est pas au premier plan.*

Il semble que nous possédions, grâce à la narco-analyse, un moyen excellent qui permette de poser un diagnostic entre les crises hystériques et épileptiques, diagnostic parfois difficile. Et le Professeur DELAY propose de considérer l'action de l'anesthésique comme un véritable « test pharmaco-dynamique de l'hystérie » permettant, à la faveur d'une dissolution légère de la conscience, de libérer les automatismes psychiques et moteurs aboutissant à la crise.

SIMULATION.

Parfois, certains sujets « *simulent* », pour des raisons parfaitement conscientes, des crises nerveuses; le plus souvent des crises comitiales. La narco-analyse, employant pour la narcose un composé barbiturique, ne peut déclencher une crise de ce genre. Il arrive souvent que, dans la phase hypnagogique, le simulateur avoue.

En voici une observation due au Docteur OLLIVIER.

OBSERVATION N° 13

Jeune légionnaire, âgé de vingt-quatre ans, rapatrié d'Afrique du Nord pour « crises nerveuses suspectes, de type pseudo-comitial », qu'il présentait à la suite d'un traumatisme consécutif à une plaie par balle dans la région du dos. Le sujet aurait eu, paraît-il, quatre ou cinq crises. Ce légionnaire a un comportement et une tenue irréprochables. L'interrogatoire nous apprend qu'il s'est engagé volontaire, mais que les événements familiaux d'ordre affectif peuvent avoir quelques rapports dans le déterminisme de son état.

Soumis à une narco-analyse avec préparation, nous apprenons qu'il n'a jamais présenté de crises, qu'il est un simulateur, qu'il avait vu, ayant

fréquenté les indigènes nord-africains, certains sujets qui avaient présenté des crises dont le diagnostic avait été particulièrement difficile à établir, et cela après des blessures. La guerre étant finie — bien que s'étant engagé volontaire — ayant sa mère malade, un de ses frères mort pendant cette guerre, il estimait son devoir accompli et avait voulu se faire réformer pour retourner près des siens. Il reconnaissait la gravité de son cas et ne demandait pour lui qu'une indulgence compréhensive; toutefois, bien que constatant que le médecin était « un chic type », il s'attendait à une punition exemplaire et à être traduit devant le Conseil de Guerre, car, bien qu'ayant eu une faiblesse et un désir impérieux de rentrer chez lui, il possédait, disait-il, au plus haut degré le culte de « l'Honneur Militaire ». Prolongeant l'état de sub-narcose, il nous a été possible d'obtenir une magnifique crise psycho-affective avec raptus anxieux et manifestations excito-motrices des plus typiques, ce qui signifiait, en quelque sorte, l'hyper-affectivité pathologique dont le sujet était atteint et qui pouvait éventuellement intervenir pour une décision d'aptitude à servir le concernant.

Narco-analyse et démence précoce.

Certains *états névrotiques* se présentent parfois sous un tel jour que l'on est tenté de porter le diagnostic de *démence précoce*. La narco-analyse permet de se faire une opinion. Nous n'en voulons pour preuve que l'observation suivante.

OBSERVATION N° 14

Guy est un jeune étudiant de vingt-et-un ans chez lequel des troubles thymiques graves, une indifférence affective avec ambivalence, des réactions discordantes paradoxales et un apragmatisme sexuel total, avaient fait penser à un début de démence précoce. Dès la première séance se révéla un narcissisme profond, la seule femme désirable lui paraissant un autre lui-même mais de sexe contraire, et derrière ce narcissisme apparut une fixation œdipienne non équivoque.

Nous avons eu l'occasion de traiter un jeune malade pour lequel le diagnostic de démence précoce était discuté. Nous avons pratiqué chez lui la narco-analyse psycho-somatique et bien que nous heurtant à un état d'inhibition considérable, qui

rendait le sujet peu loquace, nous avons pu porter le diagnostic d'état névrotique. Nous avons, cependant, voulu avoir une confirmation, et, pour cela, nous avons fait pratiquer, chez lui, un *test de Rorschach*. Le résultat de l'interprétation fut, en tous points, conforme à ce que nous avions relevé. Il montrait l'existence de violents barrages d'ordre familial et sexuel.

En ce qui concerne le diagnostic entre démence précoce et état névrotique, nous avons pris l'habitude de faire exécuter, après la narco-analyse d'exploration, un test de Rorschach et cela nous rend vraiment de grands services.

Certains psychiatres nous ont reproché d'utiliser la narco-analyse pour le diagnostic de la démence précoce, affirmant que, lorsque l'on a affaire à une vraie démence précoce, la tendance à la dissociation de la personnalité risque fort d'être aggravée par un traitement analytique. En ce qui nous concerne, nous avons eu l'occasion de traiter deux déments précoces, sans observer cette aggravation.

La narco-analyse en psychiatrie infantile.

A l'époque de la puberté, la narco-analyse psycho-somatique se révèle particulièrement fertile, dans le domaine diagnostic. En effet, cette période troublée, pendant laquelle les caractères secondaires de la sexualité doivent nécessairement s'affirmer, est véritablement, comme on le sait, un stade critique, pendant lequel la présence ou l'absence d'un caractère peut créer un déséquilibre plus ou moins apparent. C'est l'âge où certains processus psychiques conscients ou inconscients sont capables d'engendrer des complexes qui peuvent être à la base soit d'états névrotiques, soit d'écarts de conduite apparemment inexplicables et dont l'intrication s'avère de plus en plus difficile à dénouer.

Les publications concernant la pratique de la narco-analyse en psychiatrie infantile, étant très peu nombreuses, il nous paraît intéressant d'y consacrer une étude. Bien que la littérature contienne peu d'indications concernant la posologie des barbituriques utilisés pour la narcose chez l'enfant, il est

généralement admis qu'ils supportent, comparativement à l'adulte, de plus grandes doses par kilogramme-poids, cela en raison de leur métabolisme plus élevé. Des enfants de six à douze ans peuvent recevoir sans aucun danger des doses d'amytal sodique allant de 0,06 gr. à 0,50 gr. Toutefois, bien qu'aucune limite d'âge ne soit établie pour l'usage des barbituriques par voie intra-veineuse, il ne nous a pas été possible de recueillir d'observations portant sur des enfants de moins de douze ans.

Nous remercions les Docteurs CORNIL et OLLIVIER d'avoir bien voulu nous confier les observations que l'on va lire.

OBSERVATION N° 15

« Le jeune S..., âgé de quinze ans, nous est conduit par sa famille, parce qu'il présente depuis quelques mois des troubles du caractère faits d'irritabilité, de réactions coléreuses, et qu'il aurait présenté une période d'anxiété avec propos délirants à la suite d'une querelle avec un de ses camarades de lycée.

A l'interrogatoire, il paraît obnubilé, et donne l'impression de comprendre parfaitement tout ce qu'on lui demande, mais il répond en bredouillant, en se répétant, et pose de multiples questions. Ses parents expliquent que depuis vingt-quatre heures il pose des questions stupides et notamment : « Pourquoi doit-on manger ? Pourquoi on se sert d'une cuiller pour manger la soupe ? Pour il faut dormir ? Pourquoi il fait froid ? A quoi sert la fourchette , (*sic*), enfin d'autres questions saugrenues qui inquiètent particulièrement l'entourage.

Du point de vue somatique, on est en présence d'un enfant qui a un retard dans le développement somatique; il est du type féminoïde; il mesure 1 m. 46 et pèse 47 kilos. Son développement génital est normal. Par ailleurs, on note seulement des troubles digestifs importants avec constipation et état saburral des voies digestives.

Nous conseillons aux parents de mettre l'enfant à un régime atoxique, de lui donner quelques sédatifs et de pratiquer chez lui divers examens que la famille refuse de prime abord.

Nous revoyons l'enfant, deux mois après, dans un état analogue à celui

dans lequel nous l'avons vu la première fois. Les parents nous apprennent qu'à sa rentrée à la maison, lors de l'accès précédent, l'enfant après quelques jours de régime, était redevenu normal, mais qu'à l'occasion de nouvelles contrariétés, il présentait, à nouveau, les mêmes troubles. Le petit malade est hospitalisé, isolé et mis en observation. Les divers examens sérologiques, B. W., azotémie et L. C. R. se montrent normaux et une radiographie du crâne n'apporte aucun élément intéressant. Ce qui frappe, c'est le même embarras des voies digestives. On prescrit un nouveau régime atoxique et tout rentre dans l'ordre en quelques jours.

Nous pensons à la possibilité d'un syndrome confusionnel d'origine endotoxique, lorsque notre attention est attirée par le fait que l'enfant s'accommode fort bien de sa nouvelle vie; il ne réclame que très discrètement la venue de sa mère; il paraît même très satisfait de l'importance que sa maladie a prise. Il se découvre comme un orgueilleux, susceptible, cherchant à attirer l'attention de tous sur lui, par n'importe quel moyen; il provoque divers petits scandales auprès de dames respectables en leur tenant des propos d'ordre sexuel. De nombreux interrogatoires prolongés n'apportent aucun éclaircissement, sinon que l'on a affaire à un garçon menteur, fabulateur, réticent. On perçoit toutefois chez lui un complexe d'infériorité né de sa petite taille; il se regarde constamment dans son armoire à glace, en prenant les attitudes les plus avantageuses et en essayant de se grandir au maximum. Nous arrivons à savoir qu'il s'est livré à quelques attouchements sexuels avec un de ses petits camarades, ce qu'il a d'ailleurs avoué à son père, et qu'il s'adonne, par habitude, à l'onanisme.

Après une observation prolongée, nous pratiquons une narco-analyse qui nous apprend, en une heure, ce que nous n'avions pas réussi à obtenir après deux mois d'observation et de multiples interrogatoires. L'enfant est jaloux de sa sœur aînée qui, après l'avoir initié aux choses sexuelles, refuse de l'emmener avec elle, dans les surprise-parties, mais il jalouse surtout l'affection que lui portent ses parents et notamment sa mère.

Nous apprenons surtout qu'il est amoureux de sa mère et qu'il a commencé à devenir jaloux de sa sœur lorsque cette dernière, en l'absence de son père, partageait le lit de sa mère, cette place devant obligatoirement lui revenir de droit...

Il a souvent rêvé de scènes érotiques œdipiennes. Il souhaitait la disparition de son père pour pouvoir le remplacer auprès de sa mère. Fait curieux, sa sœur ayant été gravement malade, bien que la jalousant, il

priait ardemment qu'elle ne meure pas, non par affection pour elle, mais uniquement pour que sa mère n'ait pas de chagrin et ne risque pas d'être inconsolable. Enfin, nous apprenons qu'il a simulé sa maladie, pour se venger de l'autorité que son père exerce sur lui, surtout lorsqu'il le corrige en le fessant, de manière à ce que, le sachant malade, il ait pour lui des égards, et aussi pour inquiéter sa mère qui ne le gâte pas assez.

Poursuivant notre analyse, il nous a, de plus, confié toutes ses préoccupations sexuelles. Il sait que la morale interdit qu'on convoite sa mère, il cherche par conséquent à dériver ses ardeurs génésiques vers de petites amies et il a avec l'une d'elle, qui serait son éducatrice sexuelle, de fréquents rendez-vous, pendant la période des bains de mer, dans les cabines de déshabillage. Enfin, il avoue avoir été, à plusieurs reprises, scandaleusement invité par des messieurs qui voulaient l'emmener chez eux, mais il ne les a jamais écoutés ».

Renseignés par une analyse psychique aussi complète, il nous a été possible, d'une part, d'appliquer à cet enfant une psychothérapie particulièrement bien dirigée et, d'autre part, de réaliser pour lui, dans un second temps, des conditions nouvelles de vie adaptées à son état et propres à sa guérison.

Les « complexes d'Œdipe » sont, comme on le sait, fréquents chez beaucoup d'enfants qui, d'après certains auteurs, passeraient tous par le « stade œdipien », ce dont ils auraient ou non conscience; ce qui serait rare, serait leur persistance et l'ampleur pathologique qu'ils pourraient prendre dans certains cas, ainsi que la possibilité d'en faire le diagnostic qui repose sur les aveux complets du sujet et nécessite un abandon total.

L'intérêt de cette observation nous a paru résider dans la facilité et la rapidité extrêmes avec lesquelles le sujet, particulièrement réticent, s'est confié au cours de la narco-analyse, par rapport à l'inefficacité des procédés d'exploration psychique et d'observation habituels, malgré leur répétition et leur prolongation pendant plus de deux mois.

OBSERVATION N° 16

« C... Fernand, est un garçon âgé de douze ans et demi, de constitution féminoïde, présentant des troubles caractériels et ayant fait, il y a peu de temps, une tentative de suicide dans les circonstances suivantes : il vit avec sa mère dans un petit village de la Haute-Garonne où il a, sous l'occupation allemande, joué divers rôles dans la Résistance comme courrier et dans le transport clandestin des armes. Doué de dispositions mécaniques, un après-midi, alors qu'il était en « tenue du dimanche », il dépanne une automobile sur la route et s'en revient chez lui tout barbouillé de cambouis. Sa mère le réprimande sévèrement et elle le menace d'une correction paternelle ; il sait que son père doit arriver dans quelques jours ; il se procure un tube de gardénal et l'absorbe en entier, un matin avant d'aller à l'école. Motif futile, qui n'explique pas, à lui seul, une détermination aussi grave.

Après une observation prolongée de plusieurs semaines, nous pratiquons une narco-analyse qui nous apprend que l'enfant a peur de son père dont il a une crainte excessive et que, de plus, il souffre terriblement, lui qui a mené « la vie d'un homme pendant la clandestinité », d'être ramené au rang de petit garçon et d'être corrigé par son père sans aucun ménagement, comme au temps de sa petite enfance ! Il raconte avec détails toute la mise en scène qu'il a voulu apporter dans sa tentative de suicide et le grand éclat qu'il voulait lui donner.

De plus, il nous confie avoir été entraîné deux fois par des messieurs dans leurs chambres ; il reconnaît, d'ailleurs, se sentir attiré par certains hommes, et il assure avoir été pendant plusieurs jours amoureux d'un malade du service : un indigène nord-africain en poussée d'agitation maniaque particulièrement érotique ».

OBSERVATION N° 17

« C'est l'histoire d'une jeune fille T..., âgée de dix-huit ans, qui a tenté de se suicider en se défenestrant. En pleine bouffée délirante, il est impossible de tirer quoi que ce soit de son interrogatoire. Une narco-analyse, fait à la faveur d'une anesthésie au cours d'une intervention chirurgicale, permet d'établir qu'elle a tenté de mettre fin à ses jours, parce qu'elle se croyait possédée du démon, et, par ce fait, ne pouvait pas se marier avec le jeune homme de ses désirs qu'elle a nommément désigné ».

Voici une observation très intéressante du Docteur Cossa.

OBSERVATION N° 18

« Il s'agit d'un jeune garçon de quatorze ans qui, depuis quelques semaines, est inquiet, triste, insomniaque, et malgré sa foi religieuse, il parle de se tuer. A toutes les tentatives d'examen, il se borne à répondre « qu'il est triste, fatigué, qu'il a le cafard » avec beaucoup de politesse, de gentillesse, mais on n'obtient pas autre chose. Son attitude est un peu rêveuse, mais adaptée. On se demande s'il s'agit d'une crise mélancolique, anormale à l'âge du sujet, ou d'une dissociation à son extrême début. On institue un traitement par l'électro-choc. Après le deuxième choc, fugue nocturne, l'enfant arrive chez sa mère couvert de poussière, éreinté. Interrogé, il raconte avoir fait la route à genoux et avoir mangé des cailloux le long du chemin. Le lendemain, on le ramène dans le service et on l'isole dans une chambre. Le jour suivant, à la visite, on le trouve accroupi au milieu d'une flaque d'urine, des excréments répandus dans la pièce, le visage barbouillé par ceux-ci, mais de façon très symétriquement régulière. A notre arrivée, il se met à danser, gesticule. Interpellé un peu vivement, il cesse brusquement et répond avec gentillesse que c'est fini, qu'il ne le fera plus.

Tout cela évoque plus la mise en scène pithiatique que des troubles schizophréniques au début.

Narco-analyse : après quatre centimètres cube d'amytal, l'enfant entre dans la phase hypnagogique. Nous prononçons quelques paroles destinées à le mettre en confiance puis nous enchaînons :

Demande : dis-moi, pourquoi es-tu parti de l'hôpital ?

Réponse : parce que je voulais voir maman.

Demande : mais pourquoi as-tu mangé des cailloux ?

Réponse : par humilité.

Demande : et pourquoi t'es-tu barbouillé de tes excréments ?

Réponse : par humilité, je crois beaucoup au Bon Dieu.

Demande : mais le Bon Dieu ne demande pas de faire des singeries pareilles.

Réponse : j'y vois double, je ne peux pas parler.

Demande : explique-moi pourquoi tu as eu des idées pareilles !

Alors suit une période de résistance pendant laquelle il ferme les yeux fortement et volontairement avec tremblement rapide des paupières. Sur mon instance, il finit par me dire :

Réponse : je ne le dirai pas...

Quelques minutes de silence... Je reprends doucement ma question.

Réponse : je vous le dirai seul... (mes assistants sortent).

Dès lors, sans aucune intervention de ma part il raconte ce qui suit :

Réponse : j'aime beaucoup ma maman... ma maman, elle est tout pour moi... Avec une cousine on faisait tourner les tables... C'était ma tante et la grand-mère de ma cousine qui nous avaient appris. Ma cousine a demandé à la table si ma maman devait mourir. La table a répondu que oui... Alors il m'a semblé que quelque chose me disait que si je m'humiliais bien elle ne mourrait pas.

Demande : est-ce que tu as entendu cela en toi comme une parole prononcée ou comme une idée ?

Réponse : oh ! pas du tout comme une parole, comme une idée de moi !...

Suivent quelques phrases de psychothérapie simple. Après cette narco-analyse, l'enfant se comporte de façon tout à fait normale. Plus aucune bizarrerie, plus aucune tristesse, la joie de vivre d'un enfant de cet âge.

Trois semaines d'observation, au cours desquelles on se contente d'une très simple psychothérapie, confirment la disparition des troubles ».

Nous nous permettons maintenant de citer une observation personnelle.

OBSERVATION N° 19

« Il s'agit d'un enfant de douze ans, Serge, qui nous est envoyé pour des troubles du comportement. C'est un enfant qui vit avec sa marraine et son parrain, qui l'ont recueilli en vue de l'adopter, sa mère ayant quitté depuis plusieurs années son père, tuberculeux, pour se livrer à la prostitution. Il évolue dans un milieu très aisé. Depuis deux ans qu'il vit avec ses parents adoptifs, il ne travaille pas en classe, ment effrontément, fait des fugues conscientes et vole des sommes d'argent de plus en

plus importantes. Plusieurs fois, on l'a surpris à la fête foraine ou au café, s'amusant avec des jeux automatiques. A chaque fois qu'on lui demande ce qui le fait agir ainsi, il répond invariablement « je ne sais pas ». Il semble désadapté. Sa nourrice, interrogée, affirme qu'il n'a jamais été « un enfant comme les autres ». Voici une de ses réflexions : un jour, après une réprimande que lui fit son parrain, il lui dit en lui tendant ses lunettes et son veston « tiens, reprends tout cela, ce n'est pas à moi, et laisse-moi retourner crever dans ma misère » (*sic*).

Etant donné l'attitude revendicatrice de l'enfant, celle, castratrice de la marraine, et les antécédents de l'enfant (il a assisté dans son jeune âge à de violentes disputes entre ses parents, suivies de coups et enfin de réconciliation dans l'acte sexuel), nous hésitons entre les diagnostics de « troubles du comportement d'origine névrotique » et « perversion instinctive constitutionnelle ».

Nous pratiquons une narco-analyse, après plusieurs semaines d'observation pendant lesquelles nous avons tenté une psychothérapie douce, sans résultat. Nous découvrons chez l'enfant une indifférence affective totale, une mythomanie consciente, un penchant au vol qu'il pratique « pour le plaisir et le goût du risque », un instinct d'opposition très net et tous les caractères d'une perversion instinctive constitutionnelle.

Nous avons cité cette observation pour rappeler qu'il existe à côté des pervers constitutionnels, de « faux pervers » qui sont des névrosés, et il nous semble qu'avant de poser le terrible verdict de perversion constitutionnelle, avec toutes les conséquences qu'il comporte pour l'enfant, il serait souhaitable que le médecin psychiatre consulté pratique une narco-analyse pour assurer le diagnostic.

Ces quelques observations de narco-analyse en psychiatrie infantile, mettent bien en relief les vastes possibilités de la méthode. En effet, la timidité, la honte et la réticence sont particulièrement difficiles à vaincre chez les adolescents qui, fréquemment, en présence du médecin, redoublent de méfiance et cherchent à se singulariser. La narco-analyse a l'avantage de leur donner confiance dans le médecin qu'ils prennent pour confident et de lever ainsi les facteurs d'hostilité.

Narco-analyse et médecine légale.

D'après ce que nous venons d'exposer, il était normal que l'idée vint à l'esprit d'utiliser la narco-analyse dans les expertises médico-légales. En effet, le relâchement de la censure et la levée de la réticence permettent de penser que la simulation ou la sursimulation peuvent être facilement découvertes. Le Professeur Delay présenta à la Société de Médecine Légale un rapport dans ce sens (le 245 R. P. dans l'exploration du psychisme inconscient — Intérêt médico-légal — avril 1945). Il apportait deux observations particulièrement intéressantes et concluait en ces termes : « Cette investigation nous paraît intéressante à pratiquer dans le cas de sursimulation pour faire la part du syndrome mental et des éléments volontairement surajoutés. Elle ne saurait prétendre à déterminer un aveu en matière juridique, ce qui serait contraire à la législation actuellement en vigueur ».

OBSERVATION N° 20

« Le premier malade questionné, âgé de quarante-six ans, marié, est interné depuis six mois, dans le service, pour un affaiblissement psychique consécutif à une plaie par balle dans la région frontale ayant sectionné complètement les deux nerfs optiques. Il est inculpé d'homicide volontaire sur la personne de sa maîtresse, qui était avec lui lors de l'accident. Il allègue une amnésie, du type lacunaire, complète, entre le moment où il aurait été frappé de ce coup de révolver et celui où il reprit conscience à l'hôpital où il fut transporté. Il ne pourra donc fournir aucune explication à ce sujet. Il parle de sa maîtresse avec affection.

Après une première injection de 245 R. P., au cours de laquelle il est très hostile et demeure réticent, il se répand en récriminations violentes, déclare que ces piqûres le paralysent, qu'elles sont inutiles et ne peuvent lui convenir. Il nous accuse de le « torturer » et de lui « faire mal dans tout son corps par plaisir ! ». Il est véhément et légèrement opposant.

Au cours des séances suivantes, il s'exprime avec une agitation motrice considérable, avec théâtralisme, extériorise des réactions affectives (crises de larmes) contrastant avec son état de veille. Il explicite alors une hosti-

lité vis-à-vis de sa maîtresse, qu'il n'avait jamais exprimée jusque-là ; c'est elle qui l'a provoqué ; sans son exubérance, rien ne se serait produit. Par moments, elle était agréable, mais à d'autres, son humeur était acariâtre ; elle lui faisait passer de « fichus quarts d'heure ». Elle aurait même été jusqu'à le menacer de le tuer s'il la quittait.

D'autre part, elle aurait fait partie d'une bande à laquelle elle distribuait des cartes d'alimentation, car elle était employée au ravitaillement. Bien qu'il prétende ignorer quels étaient ces individus, il répète à plusieurs reprises « si seulement ils avaient été des fifis ! ». Il aurait eu plusieurs discussions avec elle à ce sujet et lui aurait conseillé de cesser cette activité.

Il insiste, à plusieurs reprises, sur le caractère irrégulier de notre examen. Il s'agit d'un « procédé » et il déclare à chaque fois : « Si vous me traitez franchement et que vous soyez pour moi un homme et non un médecin, je vous parlerai en homme ». Nous n'avons jamais pu obtenir de réponse plus décisive à ce sujet. De même, il répondait à la question : « Vous savez qui a tué ? » par : « Il y a des choses qu'on ne peut pas dire ».

Chez ce malade, la réticence correspond, non à un trouble pathologique, mais à la persistance d'une attitude volontaire.

Après cette communication de notre Maître, une Commission fut désignée pour étudier la question de la narco-analyse en médecine légale. En fin de rapport, la Société de Médecine Légale de France émet le vœu que « l'emploi des méthodes d'investigation du subconscient, telles que les explorations pharmaco-dynamiques (type pentothal) soit, en principe, autorisé en expertise médico-légale, à titre purement médical, en tant que moyen de diagnostic ; mais l'expert ne pourra faire état des révélations obtenus sur la matérialité des faits, sous l'influence de ces substances. De cette façon, l'établissement de la responsabilité ne pourra, en aucun cas, être fait sur cette seule épreuve dont l'interprétation exige une analyse critique de la part du médecin expert. De toute façon, il est recommandé de ne faire usage de ces méthodes qu'après échec des moyens courants d'investigation ».

Dans « Le Médecin Français » (décembre 1945), les Pro-

fesseurs RICHET et DESOILLE faisant état d'une communication présentée par eux à la séance du même mois de la Société de Médecine Légale, rappellent le vœu émis par la Société et que nous avons cité. Ils protestent contre le moyen employé !... « En effet, il est inadmissible de priver de son libre arbitre, par un examen clinique, un inculpé, c'est-à-dire un individu que le droit français présume innocent. D'autre part, l'expert devrait d'après ce vœu, taire les symptômes observés lors de cette épreuve et la discussion de leur valeur ». Les auteurs sont formels : « L'expert n'a, ni le droit d'employer une pareille méthode, ni le droit de dissimuler quelque chose dans son rapport ».

CHAPITRE II

LA NARCO-ANALYSE, METHODE THERAPEUTIQUE

La narco-analyse psycho-somatique trouve une application majeure du point de vue thérapeutique dans les états émotionnels.

NÉVROSES ÉMOTIONNELLES.

Dans les *névroses émotionnelles,* les résultats obtenus, pendant la guerre, par les psychiatres américains, dans le traitement des états émotionnels au combat, peuvent être étendus à l'ensemble des syndromes émotionnels, apparus après un long intervalle libre sous des masques si différents que leur nature vraie est souvent méconnue.

Voici un exemple de *choc émotionnel immédiat* que nous empruntons à la communication du Professeur DELAY et des Docteurs DESCLAUX et SHENTOUB ALJAMAL, à la Société Médico-Psychologique, en mars 1946.

OBSERVATION N° 21

« André L..., dix-huit ans, après un bombardement où son père fut scalpé et mourut devant ses yeux, fut hospitalisé dans un état de catatonie émotionnelle avec mutisme, négativisme, catalepsie. Par moment survenait une crise singulière; son visage se détournait lentement vers la gauche, ses paupières battaient, puis la tête se renversait en arrière et il

présentait une crise oculogyre avec déviation du regard. La narco-analyse fit revivre la scène traumatisante et, dans un paroxysme émotionnel, amena la crise de déviation de la tête et des yeux chaque fois que le malade évoquait le visage de son père mourant : « C'était affreux, monsieur, ses yeux s'étaient retournés comme cela... ».

Le malade fut guéri.

Les *symptômes émotionnels tardifs* se présentent sous des masques très divers : crises nerveuses, paralysies et anesthésies, spasmes digestifs, troubles cardio-vasculaires. Nous nous bornerons à en donner quelques exemples dus au Professeur DELAY (*Annales Médico-Psychologiques,* mars 1946).

OBSERVATION N° 22

« Liliane G..., vingt ans, a perdu son père et sa mère et quatre frères et sœurs, à côté d'elle, pendant un bombardement, en 1942. Deux frères survivent, avec lesquels elle vit à l'hôtel, s'occupant, comme une mère, du plus jeune. En 1945, apparition brusque de crises nerveuses avec perte de conscience, gesticulations; elle se roule par terre, se débat, se contorsionne. Ni morsure de la langue, ni perte des urines. Examinée, sous narcose, elle révèle qu'elle a un ami qui désire l'épouser, mais qu'elle se sent coupable vis-à-vis de son frère, qu'elle se reproche d'abandonner. Elle se sent désespérée devant ce conflit et appelle sa mère. Chaque évocation de celle-ci déclenche une crise nerveuse au cours de laquelle elle « se sent en communication avec sa mère et lui parle ». « Dans mes crises, je me rapproche d'elle ». Liliane G... est guérie au bout de trois séances ».

OBSERVATION N° 23

« L..., vingt-sept ans, se plaint de céphalées, d'épuisement, d'angoisses, de crises nerveuses avec perte de conscience et présente une anesthésie en manchette des deux mains, de type hystérique. A l'examen sous narcose, elle révèle que, mariée et mère de famille, elle avait une liaison avec un homme marié, qui devait divorcer pour l'épouser, mais celui-ci, au moment de se décider, a renoncé, car sa femme a fait une tentative de suicide. « Moi aussi j'ai eu l'idée de me tuer, je voulais faire quelque

chose ». L'extériorisation de ces conflits amène un grand soulagement. La malade est guérie au bout de quatre séances, crises nerveuses et anesthésie en manchette ont disparu.

L'observation qui va suivre est particulièrement intéressante; elle a fait l'objet d'une communication du Professeur DELAY et de Madame LEULIER, à la Société Médico-Psychologique (février 1946).

OBSERVATION N° 24

Il s'agit d'une malade, Denise, âgée de dix-sept ans, qui nous a été envoyée d'un service d'oto-rhino-laryngologie spécialisé, où on lui faisait depuis plusieurs mois des dilatations répétées pour une sténose œsophagienne. Depuis quatorze mois, la malade ne pouvait avaler, et elle fut conduite, il y a un an, à Paris, pour que soit pratiqué, une série d'examens. Des radios montrèrent une image en entonnoir, qui parut caractéristique d'un rétrécissement cicatriciel, d'origine indéterminée. Malgré les dilatations répétées, on n'obtenait aucun résultat, sauf une ulcération infectée de l'œsophage et l'on fut conduit à poser l'indication d'une gastrostomie. Elle fut pratiquée un mois avant l'arrivée de la malade dans notre service où l'on demandait qu'un examen nerveux soit fait. Malgré le caractère ancien des troubles et en dépit de la notion donnée par la famille d'un amaigrissement de six à huit kilos, nous avons noté un assez bon état général. La malade paraît timide, inhibée; elle marmotte quelques mots à voix basse, répond peu aux questions.

Nous apprenons par sa mère que son père est mort à trente-huit ans d'une maladie d'Addison, qu'elle a deux frères, dont l'un a été déporté et n'est pas revenu, une sœur âgée de douze ans en bonne santé. Elle a toujours été nerveuse. A trois mois, elle a eu des convulsions; à six ans, une chorée, avec un nouvel épisode de trois semaines à neuf ans.

Elle fut élevée par sa grand-mère jusqu'à neuf ans. A suivi régulièrement ses classes. A eu son certificat d'études primaires à douze ans, puis a été en pension jusqu'à quinze ans.

Depuis la guerre, elle vivait en Bretagne avec ses frères et sœurs, chez une tante. Elle n'est de retour à Paris que depuis un an pour se faire soigner. Depuis quelques mois, sa mère nous dit qu'elle est plus ner-

veuse, plus irritable, qu'elle fait parfois des fugues, et qu'elle se refuse à toute activité domestique à la maison.

L'examen physique de la malade est négatif, ainsi que les divers examens biologiques; à noter une glycémie à 0,76.

Résultats de l'examen sous narcose à l'évipan.

Dès le début de l'injection, la malade pleure et extériorise une série de griefs contre sa mère, qui rend parfaitement compréhensible les fugues récentes.

Nous l'interrogeons alors sur le début de ses troubles et elle nous répond : « J'ai commencé à avoir des spasmes le 28 octobre. J'allais porter des affaires à mon frère qui était dans le maquis. On m'a dénoncée, mon frère et moi aussi, les Allemands m'ont mise en joue. On est sans nouvelles de mon frère ».

Nous lui faisons alors préciser les conditions dans lesquelles s'est passée la scène entre elle et les Allemands. Elle est alors prise d'angoisse, devient rouge, porte la main à son cou et raconte : « Nous avons entendu des bruits de lutte dans la cour; il était midi, nous étions à table; ma tante m'a dit « surtout continue à manger, si tu as peur n'en aie pas l'air ». Je ne pouvais avaler, je ne pouvais pas continuer à manger, les Allemands criaient, menaçaient de brûler la ferme, ils m'ont dit que j'étais complice de mon frère et ont voulu me tuer ». La scène est revécue de façon dramatique par la malade. Puis elle nous dit que, depuis ce jour, elle y pense souvent et qu'elle vit dans la peur. Elle est restée très attachée au souvenir de son frère déporté. Et c'est depuis ce jour, dit-elle, qu'elle ne peut plus manger.

Dès maintenant, nous attirons l'attention sur un fait psychologique qui nous paraît intéressant. Dans le récit de la malade, l'arrestation de son frère, la visite des allemands à la ferme, le début des troubles, paraissent des situations vécues à la même date. Nous avons su depuis que l'arrestation du frère date du 26 avril 1944, la visite des Allemands à la ferme du mois de juin et le début de ses troubles du mois d'octobre. Ce dernier intervalle paraît correspondre à la période méditative habituelle des troubles névropathiques. Dans le récit sous narcose, la notion du temps chronologique n'existe pas, tous les faits sont condensés dans l'unité de l'état affectif vécu de toute cette période.

Au cours de cette séance de narcose, la situation nous a paru immédiatement très claire, nous l'avons fait admettre à la malade et l'avons engagée à manger désormais normalement, ce qu'elle a fait. Mais au réveil, la malade a fait une crise convulsive de type nettement névropathique.

Comme les auteurs précédemment cités, nous insisterons d'abord sur l'exploration psychique rapide et profonde qu'a permis l'examen sous narcose. Nous avons eu l'extériorisation immédiate et presque spontanée d'un conflit émotif que l'interrogatoire ne permettait pas de mettre en évidence, en raison du semi-mutisme de la malade.

Dans les observations publiées par l'un de nous avec Mademoiselle Moreau et M. Suttel, le point important avait été l'intérêt du diagnostic chez les hystériques où, sous l'influence de l'anesthésique, on pouvait assister au déclenchement des crises. Nous en apportons un nouvel exemple dans notre observation puisqu'au réveil et après son récit, la malade a fait une crise, véritable signature de l'origine pithiatique des troubles présentés.

Nous avons eu la chance ici d'obtenir en même temps, après cette unique séance, la guérison complète de notre malade ».

Les deux observations suivantes sont dues au Docteur Sutter (*Algérie Médical,* juillet-août 1946).

OBSERVATION N° 25

« T... Jean, trente-deux ans, nous arrive un mois après avoir sauté sur une mine, présentant une aphasie que nous considérons comme hystérique malgré l'origine traumatique et la coexistence d'un syndrome labyrinthique, discret mais indiscutable. Psychisme normal par ailleurs. L'aphasie disparaît, spontanément, deux jours plus tard, au réveil, mais laisse derrière elle une amnésie lacunaire remontant au traumatisme. Subnarcose : forte décharge affective liée à l'extériorisation d'un conflit refoulé jusque-là : le malade se considère comme responsable de la mort de deux camarades qu'il avait entraînés un peu contre leur gré dans la mission où lui-même a été blessé. Ses souvenirs de la période amnésique réapparaissent; on avec les souvenirs plus anciens et plus récents, cependant qu'on amorce assure et on maintient, jusqu'à dissipation de la narcose, leur synthèse la psychothérapie ultérieure en apaisant les scrupules et en prodiguant des paroles consolantes. Guérison ».

OBSERVATION N° 26

« Ch..., 2e classe, entre à la suite d'une crise lipothymique dont on avait craint qu'elle ne fût comitiale. Cardiazol, test négatif. Le malade dit être bien portant, heureux, mais son regard triste dément ses paroles. Subnarcose : le transfert s'opère immédiatement : il avoue qu'il nous a caché ses troubles par crainte d'un internement prolongé ; maintenant il a confiance et parle, revivant *sur le mode onirique* les passages les plus dramatiques de son récit : *emprisonné, torturé, déporté par les Allemands*, il a surtout souffert d'être séparé de sa femme et de la savoir exposée aux pires dangers. Rentré en France, il est mobilisé et participe aux combats meurtriers de Cernay ; *son meilleur ami est déchiqueté par un obus sous ses yeux ;* il fait alors, pendant quelques jours, un épisode de dépression profonde avec anxiété, mais nul ne s'occupe de lui ; par la suite, des visions d'horreur le poursuivent, il se reproche sa sécurité actuelle, il ne peut plus être heureux avec sa femme, il l'aime toujours avec passion, mais il y a, entre eux et le bonheur, le sacrifice des morts et la guerre qui continue... La psychothérapie, en fin de narcose, améliore encore le transfert. Au réveil, il ne se sent plus le même : avoir parlé de tout ce qu'il avait tenu si longtemps caché, lui a fait un bien énorme ; se laisse persuader de l'inanité de ses scrupules. Guérison ».

De toutes les observations de cet ordre, du type névroses émotionnelles, la guérison fut obtenue très rapidement, et il est inutile de faire ici une narco-analyse psycho-somatique en profondeur.

NÉVROSES CARACTÉRIELLES.

Dans ce type de névroses, les résultats thérapeutiques sont beaucoup moins rapides, moins spectaculaires pourrait-on dire, mais, à la condition d'être patient, de répéter les séances, des guérisons remarquables ont été obtenues, du moins dans ces variétés de *névroses caractérielles* qui n'apparaissent pas comme « inscrites » dans la constitution psycho-biologique du sujet, mais comme le résultat de la lente évolution d'un complexe affectif. Notre Maître, le Professeur DELAY, propose de les désigner sous le nom de *névroses « institutionnelles »*, par

opposition aux « névroses constitutionnelles », car le complexe est, avant tout, une institution sociale qui condense le conflit entre un individu et un groupe social, plus particulièrement le groupe parental. De telles névroses se manifestent avec des symptômes très divers : troubles du comportement, phobies, obsessions, angoisses, perversions sexuelles, habitudes toxicomaniaques, symptômes somatiques dits de conversion.

En voici quelques exemples. D'abord une observation de *troubles du comportement.*

OBSERVATION N° 27 (Professeur DELAY)

« Jean-Marie, quarante ans, dessinateur, est un homme dont la vie a été une suite ininterrompue d'échecs, malgré des dons certains. Craintif, dominé par un sentiment de honte et d'insécurité, il ne « se sent un homme que quand il est ivre » et il a été interné à deux reprises pour ivresse, fugues, violences sur la personne de son père, d'autant plus inexplicables qu'il est, en dehors de l'ivresse, un fils extrêmement soumis et timide. A chaque évocation de ces échecs, J.-M. met son avant-bras replié devant son front, et le cours des associations verbales révèle alors qu'il reprend l'attitude qu'il prenait, enfant, pour éviter les coups de son père, homme autoritaire et brutal, qui l'a terrorisé. Sa volonté a toujours été annihilée par celle de son père et il a toujours senti qu'il « ne pourrait jamais être un homme comme lui ». Il révèle par ailleurs un sentiment d'insatisfaction affective très marquée à l'égard de sa mère qui ne s'est pas assez occupée de lui ; il l'admire et, dans ses rêves, s'identifie à elle : « J'aurais voulu être une femme comme elle ». Au cours d'une séance de narcoanalyse, d'association en association, fut évoquée une scène de l'enfance, une image visuelle des relations sexuelles entre ses parents, qui fut accompagnée d'un paroxysme émotionnel, le malade enfonçant ses poings dans ses yeux comme s'il cherchait à s'aveugler, réalisant ainsi, sans le savoir, l'attitude même du mythe œdipien.

Peu à peu, le malade parvint à réaliser que la cause de ses échecs résidait dans le propre désir qu'il en avait. Son refus de toute attitude virile représentait une auto-punition qu'il s'infligeait et qui trouvait sa force dans un sentiment de culpabilité, lié à des fixations infantiles. A partir de la quinzième séance, il déclara commencer à dormir normalement, alors

qu'il était insomnique, et à ne plus se sentir anxieux. Sorti de l'hôpital, il s'est occupé lui-même de vendre ses dessins, a organisé sa vie professionnelle et a pu avoir des relations sexuelles normales avec une femme auprès de laquelle toutes ses tentatives sexuelles n'avaient abouti qu'à l'échec ».

Nous nous permettons d'ouvrir une parenthèse. Dans cette observation, on constate que Jean-Marie évoque une image des rapports sexuels entre ses parents. Il faut être très circonspect en ce qui concerne de telles assertions. De nombreux malades affirment avoir surpris des scènes de ce genre et décrivent minutieusement le tableau, dans ses moindres détails, en y ajoutant les réflexions qu'ils ont pu faire à ce moment. Or, elles ne correspondent pas toujours à celles qu'aurait faites un enfant de trois ou quatre ans. Qu'ils aient surpris la scène amoureuse, c'est fort probable, mais ce n'est que plus tard qu'ils ont « raisonné » l'événement.

Voici maintenant une observation de *phobies* accompagnées de perversion sexuelle.

OBSERVATION N° 27 (Professeur Delay)

Suzanne est soignée depuis douze ans pour des phobies et des obsessions de se faire du mal. Sous narco-analyse psycho-somatique, elle révèle immédiatement un inceste, viol survenu quand elle était petite fille et commis par son frère, garçon beaucoup plus âgé qu'elle. Elle a toujours eu depuis un sentiment de honte et de culpabilité. Mariée, elle a été une femme frigide. Depuis quatre ans, elle a pour amant un pervers sadique qui l'oblige à subir des pratiques masochistes (flagellation, coups et même blessures) qui ont fait disparaître sa frigidité. Il s'agit d'un masochisme mental et sexuel, d'une névrose d'auto-punition, liée à l'inceste, qui a marqué tout le développement psycho-affectif de la malade. Bien qu'elle eût vu de nombreux psychiatres, elle n'avait jamais « rien dit, parce que ce sont des choses qu'on ne peut pas dire ».

Voici maintenant une observation d'*obsessions* (observation personnelle).

OBSERVATION N° 28

« Monsieur P..., trente-deux ans, Russe, d'origine israélite, vient consulter à la clinique des maladies mentales pour crises dépressives et obsessions. Voilà ce que révèle l'interrogatoire. Il fut un adolescent scrupuleux, méfiant, vivant isolé, sans ami. Apatride, il n'a pas fait de service militaire obligatoire, mais s'est engagé. Par la suite il fut réformé à cause de son insuffisance de développement corporel, il pesait 43 kilos à vingt ans. En 1937, il fait la connaissance d'une jeune fille qu'il aime et veut épouser. La jeune fille n'osant en parler à ses parents, il pense qu'elle le juge inférieur, qu'elle ne l'aime pas; cette situation dure un an. En 1938, il fait une tentative de suicide au gardénal. Il reconnaît n'avoir pas désiré la mort, mais avoir, surtout, voulu éprouver sa fiancée. En 1939, il se marie et son état s'améliore. En 1940, engagé, il se trouve à Angers où il s'ennuie. Alors, s'installe un état dépressif permanent, avec idées de persécution. A chaque fois qu'il voit sa belle-mère, il ressent un choc émotif qui lui fait monter la sueur au front et il se sent rougir. Il est obsédé par l'idée que sa femme le trompe, idée fixe qui ne le quittera plus. Elle le conduit à des actes qu'il regrette ensuite; il l'épie sans cesse, surveille ses correspondances, chronomètre ses absences, lui fait jeter les tickets de métro quand il voyage avec elle, de peur que, les retrouvant en fouillant ses poches, il puisse penser qu'elle sorte seule. De cet état de choses naissent des scènes de ménage fréquentes qui rendent la vie conjuguale difficile. Toutes les nuits, il rêve qu'il est trompé. En juillet 1944 il est hospitalisé à Henri Rousselle où il subit huit électro-chocs. Ses périodes dépressives disparaissent mais les obssesions subsistent. Nous instituons un traitement de narco-analyse.

A la première séance, il commence à parler de sa femme qu'il adore, puis il parle de ses parents qui ne sont pas revenus des camps de déportation. Il libère un formidable complexe d'infériorité qui se rattache à trois causes : étranger, juif, pauvre. Il n'a pas été heureux dans son enfance parce que ses parents étaient pauvres et il aurait voulu avoir un peu plus d'argent pour pouvoir agir comme ses camarades. Ne le pouvant pas, il s'est créé un monde à lui où il vivait seul avec les poètes et les peintres. Il était peu expansif par pudeur, par crainte de paraître ridicule. Il en a

longtemps voulu à ses parents qui préféraient sa sœur cadette. Il a surpris, un jour, ses parents ayant des rapports sexuels. Il a trouvé choquant que sa mère « agisse ainsi devant un enfant » (*sic*).

Puis il revient sur tous les détails de ses fiançailles, date à laquelle remonte le début de ses troubles ; il craignait qu'elle ne l'aime pas, qu'elle ne vienne pas à ses rendez-vous. Pendant la guerre, il vivait avec ses beaux-parents, collaborateurs et anti-juifs ; il avait l'impression que tous les français pensaient comme eux. Etant étranger, il craint que sa femme le trompe avec un français plus riche que lui. Il a peur du jugement d'autrui.

Après la séance, nous commençons à lui faire prendre conscience de ce complexe d'infériorité et en profitons pour faire de la psychothérapie.

Deuxième séance : avoue n'avoir plus eu d'obsession depuis la précédente séance. Questionné sur son enfance, il révèle qu'elle s'est passée dans l'angoisse et la peur. Il libère une forte agressivité contre le père qui était sévère. A cinq ans, il avait terriblement peur de son institutrice au point de ne plus vouloir aller en classe. A l'heure actuelle, il voudrait que chacun pense comme lui, que les personnes qu'il aime, lui ressemblent ; d'ailleurs étant adolescent, il se masturbait en pensant à une femme qui lui « ressemblerait physiquement et moralement ». Il s'est souvent dit : « Si j'étais à la place de ma femme, ayant un mari malade, il y a longtemps que je l'aurais trompé ». Puis, il reconnaît qu'il est illogique qu'il pense cela, puisque sa femme n'étant pas lui-même, ne peut pas penser comme lui, ni avoir les mêmes idées. Cette perspective semble le soulager beaucoup.

Troisième séance : se trouve très amélioré par le traitement ; il dégage dès le début de la séance un sentiment d'agressivité contre le père, et il en veut à sa mère « parce qu'elle ne savait pas faire la cuisine ». Il rêve parfois qu'il a des rapports sexuels avec sa belle-mère, pour se venger d'elle et en même temps éprouver du plaisir... Quand il se trouve à table devant elle, et qu'elle le regarde, brusquement, il se sent rougir, et la sueur lui monte au front, car il a peur « qu'elle ne devine la pensée qu'il a pu avoir, en rêve, à son égard ».

Quatrième séance, dès le début de la séance il s'agite, ce qui contraste avec son comportement habituel. Puis il parle de sa belle-mère et aussitôt après rappelle le moment où il a vu ses parents « faire l'amour »... A ce moment, il devient rouge et de grosses gouttes de sueur perlent à son front. « A ce moment, dit-il, je suis devenu rouge et je me sentais transpirer, j'en voulais à mon père qui était ainsi avec ma mère. Quelque chose s'est brisé

en moi. J'ai perdu la confiance que j'avais en ma mère et j'ai éprouvé pour elle un sentiment de répulsion, car je me sentais sûr que je n'étais pas tout pour elle ». Il est très ému, haletant. Puis il reconnaît que c'est, de ce jour, qu'il a eu peur des femmes et qu'il s'est isolé; toutes les femmes pouvant tromper puisque sa mère l'avait trompé. Le seul être qui ne pouvait le tromper, c'était lui. Sa femme, en tant que femme, pouvait le tromper. Puis, il dit penser que, dans le fond, sa belle-mère ressemble un peu à sa mère et que dans les rêves où il fait l'amour avec sa belle-mère « c'est avec sa mère qu'il a des rapports, ce qui lui fait plaisir et le venge à la fois ».

Nous voudrions attirer l'attention sur le fait que le malade, tourné dès le début du traitement vers l'analyse, a réalisé sa synthèse entièrement seul; nous n'avons fait que le guider.

Nous regrettons de ne pouvoir fournir d'observations de *perversions sexuelles* guéries par la narco-analyse. Tout ce que nous pouvons dire c'est que nous avons à l'heure actuelle trois malades de cet ordre en traitement : un exhibitionniste et deux homosexuels, et qu'ils sont déjà très améliorés, un de ces homosexuels admettant maintenant la possibilité d'avoir des rapports normaux.

Dans tous les cas que nous avons cités, il s'agit de névroses conditionnées par des complexes affectifs de type sexuel, tels que les a spécialement étudiés l'école de FREUD. Dans certains cas, infiniment plus rares d'ailleurs, s'explicitent des complexes d'un autre ordre, en particulier les complexes d'infériorité sociale, d'échec de la volonté de puissance, répondant aux mécanismes adlériens et se traduisant souvent par le refuge dans la maladie.

MÉDECINE PSYCHO-SOMATIQUE.

La méthode est particulièrement indiquée dans cette partie de la psychiatrie, désignée, aux Etats-Unis, sous le nom de *médecine psycho-somatique*. On entend, par là, ces malades

pseudo-chirurgicaux qui hantent les consultations et qui réclament, à grand bruit, des interventions agressives et répétées, ces malades qualifiés d'hypocondriaques, ou coenestopathes, ou atteints de névroses somatiques d'apparence systématisée : cardiaques, pulmonaires, génito-urinaires, digestives, et dont la maladie ne se modifie pas par les traitements des spécialistes, parce que la cause des symptômes n'est pas locale mais mentale. Le rôle des facteurs psychiques et, en particulier, émotionnels est considérable dans certaines gastro-entéro-névroses spasmodiques et même ulcéreuses, dans des asthmes, dans les hypertensions, dans des syndromes endocriniens et cutanés, de même que dans certaines fièvres d'origine centrale.

En voici une observation du Professeur DELAY.

OBSERVATION N° 29

« Odette, vingt-quatre ans, a été successivement plâtrée pour une pseudo-coxalgie, opérée pour une pseudo-appendicite et deux pseudo-occlusions, soignée dans divers hôpitaux pour des épisodes pseudo-péritonéaux et pseudo-méningés, enfin une anorexie avec vomissements incoercibles. A l'examen, la malade se plaint seulement de sa santé « alors qu'elle a tout pour être heureuse ». La narco-analyse révèle un conflit familial grave et le désir de la malade de capter l'affection des siens, à l'aide de ce refuge dans la maladie qui explique tous ses comportements psycho-somatiques.

Nous allons nous permettre de citer « in extenso » la belle observation publiée par le Professeur DELAY et le Docteur GENDROT, dans les Annales Médico-Psychologiques, en mai 1946, sur « *une impuissance génitale datant de six ans* ». Nous voulons la transcrire en entier car, non seulement, c'est là un magnifique succès thérapeutique, mais elle nous semble être *le type même* de la narco-analyse psycho-somatique, en quelque sorte un *modèle à suivre*.

OBSERVATION N° 30

F... O... a vingt-quatre ans. Jeune homme d'intelligence normale, il est sous-officier d'active. Envoyé au Docteur LEUBA pour être psychanalysé,

notre confrère nous l'adresse pour un traitement « d'urgence » par narco-analyse, car il s'agit d'un impuissant qui se marie dans quinze jours.

Première séance, avant la narcose, nous faisons un interrogatoire indispensable que nous centrons d'abord sur le passé sexuel du malade, objet principal de ses préoccupations. Vers quatorze ans, après une initiation homosexuelle avec des garçons de son âge, il se masturbe, dit-il, « avec acharnement » pendant un an. Vers quinze ans commencent ses expériences hétéro-sexuelles : il présente, alors, une hyperexcitation génitale qui le pousse à un donjuanisme, caractéristique d'un état névrotique déjà indiscutable. Pendant trois ans, en effet, il court les aventures, changeant sans cesse de partenaire, abandonnant ses victimes avec autant de cynisme qu'il les séduit. A seize ans, il exige de ses parents d'être changé d'école en cours d'année pour s'inscrire dans un collège mixte où il espère plus facilement multiplier ses conquêtes. A dix-sept ans, il s'engage aux armées, où, « grâce à la liberté et l'uniforme », il peut donner libre cours à ses tendances. Tous ces souvenirs sont racontés avec nostalgie et complaisance admirative. Puis il oppose la gaîté, l'expansivité, l'exubérance même de son caractère de méridional pendant cette période et son humeur actuelle : il est devenu taciturne, déprimé, dégoûté, et par période, désespéré.

Sur le début précis de ses troubles, il reste vague : « C'est venu « *progressivement* », quand j'avais dix-huit ans ». Toutefois, il précise qu'il fut très impressionné, vers l'âge de dix-neuf ans, par la découverte, dans un de ses vêtements civils, au niveau des organes génitaux, d'une tache de sang coagulé.

Depuis six ans environ, sa vie sexuelle est réduite à quelques tentatives de plus en plus rares. Quand il parvient à réaliser l'acte, c'est après avoir eu recours à toutes sortes d'artifices dont nous passons le détail. Parfois, au contraire, il obtient des érections plus faciles, mais souffre alors d'une éjaculation quasi-immédiate. Il conclut découragé : « Ce n'est plus la peine et je vois bien qu'il n'y a pas grand'chose à faire ».

Il faut savoir, en effet, qu'il a « tout essayé » : parmi les différentes thérapeutiques qui ont été tentées, nous ne retiendrons que trois d'entre elles, instructives à tous égards. La première — la seule qui fut couronnée d'un léger succès — eut lieu voilà deux ans, en Angleterre, sous la forme d'une sorte de suspensoir qu'un de nos confrères anglais lui conseilla. Pendant une semaine, le malade se crut guéri, mais dès qu'il s'aperçut qu'il lui suffisait de ne plus porter la ceinture magique pour retomber

dans l'état antérieur, il interpréta ce procédé comme « une supercherie », et rejeta en même temps le traitement et la guérison.

D'autre part, il y a quelques mois, son état dépressif s'étant aggravé au point de lui faire envisager sérieusement le suicide, on lui administra une série d'électro-chocs. Les idées de destruction disparurent rapidement sans que l'impuissance en fût modifiée. Son caractère restait sombre et son dégoût général.

Enfin, tout récemment, un nouveau traitement détermina une nette aggravation. Confié, à la suite des échecs précédents, à un nouveau praticien, F... O... lui raconta, parmi ses tribulations, la découverte de la tache de sang, ajoutant que, depuis cette constatation, il avait remarqué une déviation de sa verge vers la gauche. Le médecin lui aurait alors répondu qu'il s'était vraisemblablement « rompu un corps caverneux au cours d'un coït et qu'il n'y avait rien d'étonnant à ce qu'il n'ait plus d'érections normales désormais ! ». Puis il fut soumis à quelques séances de radiothérapie sur les organes génitaux... Depuis lors, bien entendu, son activité sexuelle est réduite à néant. Toute érection est impossible.

Interrogé ensuite sur sa naissance et sa famille, F... O... affirme, avec la plus grande sincérité, qu'il n'y eut aucun incident important dans son passé, en particulier aucun conflit entre ses parents et qu'*il les aime tout autant l'un que l'autre*. Vers l'âge de huit ans, il a été élevé pendant quelque temps en dehors de la maison paternelle par sa grand-mère, sans autre raison — dit-il — que l'affection que ses grands-parents lui portaient. Il n'a présenté aucune maladie grave, mais a souffert d'énurésie pendant cinq ans environ, et le début de cette affection remonterait, autant qu'il s'en souvienne, à l'âge de huit ans également.

Notons enfin que le malade est persuadé qu'il ne rêve pas et même qu'il n'a jamais rêvé.

Arrêtant là l'interrogatoire, nous pratiquons la première séance de narco-analyse. Précisons que nous utilisons à la fois l'*interrogatoire* et *la méthode des associations*, nous servant aussi bien des enseignements de la psychanalyse que des autres méthodes d'exploration et de psychothérapie. Notre but bien défini, dans ce cas précis, est de nous attaquer au seul symptôme, sans chercher à faire l'inventaire complet ni la liquidation des différents complexes rencontrés en chemin.

Dès que le malade est en phase hypnagogique, nous le ramenons au début de ses troubles. Nous ne savons pas où nous allons, mais la chance

nous favorise. A la question : « Vous rappelez-vous la dernière fois où vos rapports sexuels ont été normaux ? », le malade répond par le banal récit d'une aventure, entre cent autres, auxquelles fait suite une histoire beaucoup plus intéressante. Il s'agit d'une nouvelle partenaire, rencontrée, pendant une permission, dans son village natal ; il en était, « depuis trois jours, passionnément épris », et le lui avait témoigné à différentes reprises quand se produisit *brusquement* son premier échec : au cours d'un coït, qui a eu lieu dans un champ, il remarque tout à coup, « au bon moment », précise-t-il, le mur du cimetière où son grand-père est enterré. L'érection s'interrompt aussitôt. « J'eus alors l'impression que mes organes fondaient, disparaissaient complètement ». Puis il ajoute, troublé, retrouvant l'état émotif alors vécu : « C'est dégoûtant, j'aurais pu aller ailleurs qu'à deux pas de la tombe de mon grand-père ». Après cette abréaction qui nous semble suffisante pour une première séance, dès qu'il s'arrête de parler, nous le rassurons en lui démontrant la non-gravité de son acte, qui était involontaire, et ne valait pas la peine d'être scotomisé à ce point. Nous lui laissons entendre que ce n'est pas cette scène qu'il se reproche, mais autre chose de plus ancien, et que maintenant il va déjà se sentir plus à l'aise et bientôt découvrir à la fois l'origine et la fin de ses maux. Nous lui conseillons de partir en paix et de se laisser rêver pour la prochaine séance, qui aura lieu trois jours plus tard.

Il est certain que ce traumatisme ne représente pas la condition profonde du symptôme, mais un déclenchement occasionnel. Le fait intéressant consiste en ce que ce souvenir épineux, refoulé, bien que peu profondément, ait été très rapidement revécu. C'est bon signe.

Notons que le malade, très intéressé, s'étonne : « C'est curieux, je me rappelle pourtant bien cette scène et pourtant je ne m'en souvenais plus ».

Profitant du transfert qui s'amorce bien, nous lui interdisons tout rapport sexuel jusqu'à la fin du traitement, ce qu'il accepte de bonne grâce.

Deuxième séance, le malade arrive détendu. Son visage est déjà meilleur. Il a, dit-il, retrouvé l'espoir de guérir. « Je me suis surpris à chanter tout seul. Voilà bien longtemps que cela ne m'était pas arrivé ».

Ne sachant où diriger nos investigations, nous faisons, sous narcose, un test d'association, d'après Jung. Les deux éléments principaux ainsi recueillis sont les suivants : l'état du malade l'obsède tellement que deux tiers des mots induits expriment une préoccupation sexuelle et que la moitié environ rappelle plus ou moins directement son impuissance. Mais surtout

nous découvrons un complexe essentiel sous la forme d'une hostilité, très vive et jusque-là imprévisible, contre son père. Au mot « mère », il répond : « Ah ! oui, je l'aime ». Au mot « père », après un temps d'allongement considérable de l'induction, il répond d'un ton hostile : « C'est mon père ».

Après quelques associations sur des mots neutres, nous revenons au mot « père ». Il répond avec le même air buté. « J'aime mieux ma mère ». Notons que le mot « grand-père » n'a apporté aucune perturbation, mais cette simple et immédiate réponse : « Enfant ».

Muni de la précieuse indication d'une haine refoulée contre le père, nous centrons toute la séance sur le sujet familial, revenant sans cesse au père. Remontant degré par degré rapidement jusqu'à l'enfance, nous arrivons à une période très troublée. Vers l'âge de huit ans, il devine que son père trompait sa mère ; il se met à les épier, surprend entre eux de violentes querelles, prend parti pour sa mère qu'il « console » en cachette et lui conseille de quitter son mari. Il se rappelle qu'il disait amoureusement à sa mère : « Partons tous les deux, loin de lui qui est méchant avec toi ». Mais un accord intervient entre ses parents qui, à la suite d'une dépression ayant nécessité le séjour de sa mère en maison de santé, pendant trois mois, reprennent la vie commune et, pour tout oublier, changent de localité : c'est à ce moment que l'enfant est confié à ses grands-parents.

Alors, pendant des mois, l'enfant nourrira contre son père des *idées homicides* dont il se souvient à nouveau très vivement mais qui peu à peu devinrent moins agressives et furent — on l'a vu — tout à fait réprimées et même oubliées.

Le malade ne semble pas impressionné par ce rappel du passé mais vivement intéressé. Il veut demander des précisions à ses parents : nous l'en dissuadons et nous contentons, sur sa demande, de lui expliquer qu'à la suite de ses idées parricides, il a craint, sans s'en douter, un châtiment exercé par son père, la mort, par exemple. Nous arrêtons cette deuxième séance, après lui avoir fait comprendre que ce n'était là qu'une partie de l'origine de son hostilité contre son père.

Troisième séance, elle a lieu quatre jours plus tard. Cette fois le malade arrive souriant, ouvert, de plus en plus détendu.

Sous narcose, il nous apprend qu'il a été réveillé, le matin précédent, par une érection, ce qui ne s'était pas produit spontanément depuis deux

ans, depuis le port de la « ceinture » en Angleterre. Il a rêvé, et s'il ne peut pas dire quel rêve, il a la certitude qu'il s'agit d'un rêve qui revenait très souvent pendant son enfance. Nous le laissons parler. Il raconte alors un autre rêve qui se répétait très souvent quand il était enfant : au cours d'une promenade, il s'arrêtait près d'un mur pour uriner, et, en fait, il urinait dans son lit. Le malade semble très troublé. Nous le rassurons : au moment où il a été éloigné de ses parents après leurs dissentiments, il a beaucoup souffert et est redevenu comme un petit enfant. Cette énurésie était à la fois une compensation par retour à l'hédonisme uréthral, et une façon d'obliger sa mère ou sa grand-mère qui tenait lieu de mère à s'occuper de lui comme d'un bébé. C'est un phénomène très fréquent et sans la moindre gravité, etc...

Nous essayons ensuite de remonter plus avant et apprenons que, vers l'âge de six ans, s'est produit un autre incident important : l'enfant, qui dort alors dans la chambre de ses parents, est éveillé une nuit par ces paroles de la mère au père : « Donne-moi ma robe de chambre, je voudrais me lever et je suis toute nue ». Il se dresse alors sur son séant sans faire de bruit, angoissé, mais « voulant voir sans être vu ». Il ajoute qu'il a la certitude maintenant que c'est depuis ce moment précis qu'il s'est senti, pour employer ses propres termes, « envieux de son père ». Il se souvient également qu'il « pensait » alors tout le temps à sa mère.

Nous l'aidons à comprendre ce qui s'est passé en lui : à six ans, il était amoureux de sa mère, mais s'est senti *coupable* de cette affection quand il a ressenti de la jalousie contre son père devenu un rival. L'hostilité contre son père date de là, et aussi la crainte que son père ne le châtie. Plus tard, à huit ans, quand son père ayant des torts réels, il en profite pour vouloir le remplacer tout à fait en le faisant mourir, il se sent gravement coupable, et, au fond de lui-même, craint un châtiment aussi grave exercé par le père, soit la mort, soit la castration vengeresse. Son hyper-excitation génitale d'adolescent n'était qu'une coûteuse façon de se rassurer. Son impuissance, survenue en face de la mort (le grand-père représentant son père et lui faisant écran), a réalisé l'inévitable vengeance qu'il croyait suspendue sur sa tête. S'il a souffert si longtemps de cette castration symbolique qu'est l'impuissance, s'il a toujours vécu dans le sentiment que toute son activité sexuelle était répréhensible et défendue, il sait maintenant quel sens et quelle valeur attribuer à son symptôme.

Satisfait par notre explication, le malade la confirme en ajoutant : « J'avais bien l'impression qu'il y avait un rapport entre la mort (le

cimetière) et ce qui m'est arrivé tout à coup ». Et, d'autre part, « il y a une chose que je n'avais pas pensé à vous dire : j'ai eu l'impression, à ce moment-là, *qu'on me coupait la verge*. Mais « on » je ne savais pas qui c'était ».

Comme le traitement doit être interrompu à cause de son départ deux jours plus tard, nous utilisons le transfert qui est très bon, pour lui « permettre » l'acte sexuel, sans remords, lui assurant qu'il n'y a plus rien à craindre désormais.

Triomphant, il revient onze jours plus tard, après son voyage de noces : « Tout s'est passé admirablement ». L'acte est spontané, l'érection complète, l'éjaculation normale. Après le coït, il n'éprouve aucune insatisfaction. Son moral est excellent. Il nous dit : « Eh bien, je crois que ce n'est plus la peine que je revienne ». D'ailleurs, il repart en voyage. Nous n'insistons pas, mais affirmons aussi qu'il est tout à fait guéri. Depuis deux mois, nous ne l'avons pas revu.

Psychiatrie infantile.

Nous avons eu l'occasion de montrer les vastes possibilités de la narco-analyse, au point de vue exploration, dans cette branche de la psychiatrie et nous avons été amenés, de par l'ampleur des résultats thérapeutiques observés chez les adultes, à penser que les enfants pourraient également bénéficier du traitement. Malheureusement, nous ne disposons pas d'observations assez nombreuses, la thérapeutique narco-analytique n'ayant pas encore été tentée, sur une grande échelle, chez les enfants.

Nous ne pouvons présenter qu'une observation qui nous est personnelle.

OBSERVATION N° 31

« Il s'agit d'une enfant de quinze ans, Claude, qui présente depuis deux ans des troubles du caractère. Elle n'avait pas revu son père depuis 1940, celui-ci étant prisonnier. Durant toute la durée de la guerre, elle s'entendait très bien avec sa mère. Depuis le retour de son père, elle a

de brusques colères, des crises de mauvaise humeur brutales. Par exemple, elle est chez elle, en train de faire ses devoirs, lorsque sa mère rentre de son travail. Elle se sent envahie par une vive anxiété, son cœur se met à battre violemment et elle est maussade pendant tout le reste de la soirée. Elle n'est plus du tout affectueuse avec ses parents, refuse de les embrasser et leur répond avec insolence. Elle se trouve très malheureuse et est sujette à de fréquentes crises de larmes. Depuis cette époque, son attitude a changé également avec ses condisciples... elle est devenue réservée, se replie sur elle-même, s'isole.

Nous pratiquons une narco-analyse au 245 R. P. Le transfert apparaît immédiatement. Nous découvrons à la base de ces troubles du caractère un complexe d'Electre. Elle est amoureuse de son père et elle souffre de le voir entourer sa mère de tendresse. Quand elle les voit s'embrasser, elle a envie de les battre et, quand, la nuit, elle imagine qu'ils peuvent avoir des rapports sexuels, elle se met à pleurer. Elle libère une forte agressivité contre la mère qui fait exprès de l'ennuyer, qui est trop coquette avec le père. D'ailleurs, lorsqu'elle se mariera, elle veut que son mari ressemble au moral et au physique à son père.

Nous l'aidons à faire sa synthèse et nous la renvoyons après une courte séance de psychothérapie... Depuis, ses rapports avec sa mère sont redevenus excellents : elle a retrouvé sa gaîté, son entrain et se trouve parfaitement heureuse ».

Ainsi, la narco-analyse psycho-somatique nous paraît avoir l'avantage de donner conscience aux jeunes psychopathes, non seulement, de leur vraie personnalité, mais aussi de certains sentiments plus ou moins apparents, ou d'états psycho-affectifs plus ou moins crépusculaires, qui sont à la base de leurs troubles et ainsi de les en affranchir.

On ne saurait manquer d'être frappé par la rapidité du résultat thérapeutique obtenu dans l'exemple que nous venons de citer. Il semble que ce doive être le cas général — les possibilités thérapeutiques se trouvant amplifiées chez les adolescents, par la richesse et la fréquence des complexes ou des refoulements qu'on retrouve chez eux, et dont le rôle est, comme on le sait, considérable dans le déterminisme de leur compor-

tement —. Chez les enfants, le transfert se fait presque immédiatement et donne lieu parfois à des gestes émouvants. Mais le médecin doit pratiquer l'analyse avec un tact infini, car « malheur à qui scandalise un enfant ».

CHAPITRE III

RESULTATS ET LIMITES DE LA METHODE

L'interprétation des résultats varie selon qu'on envisage l'exploration ou la thérapeutique.

En tant que méthode d'exploration, la narco-analyse réalise, en termes jacksonniens, une dissolution-libération, permettant à la faveur d'une dissolution des instances supérieures inhibitrices, la libération d'instances émotionnelles et instinctives refoulées à l'état de veille. Dans ce domaine, ce sont les « réticents conscients » qui nous semblent être à la limite de la méthode. A leur sujet, nous pensons qu'il faut faire une part important à l'intervention de la « fabulation » dans l'évolution des processus mnésiques. Il semble en effet qu'elle puisse arriver à modifier d'abord consciemment, ensuite inconsciemment, les souvenirs des individus. C'est ainsi que nous arrivons, tous, à nous remémorer certains faits précis de notre enfance, alors que nous étions trop jeunes pour les fixer. Dans ce cas, ce ne sont pas les souvenirs des faits que nous avons, mais ceux des anecdotes maintes et maintes fois contées par nos parents. Et nous ne parvenons que très difficilement, l'ancienneté estompant les détails, à démêler, dans nos souvenirs intimes, ce qui est l'histoire, de ce qui a été vécu, ce que nous avons vu, de ce que nous avons entendu. C'est par un mécanisme analogue, que ceux qui ont eu maille à partir avec la police politique, au cours de ces années de guerre, arrivaient à construire leur défense. Un de ces moyens élémentaires de défense consistait à se répéter à longueur de journée la version

qu'ils voulaient donner à leurs justifications. Tant et si bien que cette auto-fabulation consciente, étant suffisamment prolongée, au bout d'un certain temps, les sujets étaient obligés, pour se remémorer le souvenir exact de leurs aventures, de faire de gros efforts d'introspection. Il semble que, dans ces cas, le temps écoulé entre l'arrestation et l'interrogatoire intervienne; plus il est long, mieux le sujet peut organiser sa défense et renforcer sa réticence. Ces deux exemples soulignent bien les limites de la narco-analyse, toutes les fois que le « réticent conscient aura pu s'organiser psychologiquement parlant ».

En tant que méthode thérapeutique, elle agit selon le principe de toute psychanalyse en transformant l'inconscient en conscient avec abréaction émotive. Mais nous ne pouvons manquer de constater l'inégalité des résultats obtenus au point de vue thérapeutique, selon la manière dont son conduites l'exploration et la psychothérapie sous narcose. Cependant, nous pouvons dire qu'avec la technique que nous avons exposée et que préconise notre Maître, le Professeur J. DELAY, nous n'avons eu d'échecs vrais que ceux imputables aux malades.

En effet, l'intelligence du sujet entre en ligne de compte. Il y a des êtres qui semblent « vides » et le médecin a bien des difficultés à jeter un pont entre lui et l'inconscient du malade. D'autre part, chez certains malades hystériques, il y a un véritable refus de guérir que nous avons relevé à plusieurs reprises.

Il est avéré que certains échecs viennent aussi du médecin, lorsque, par exemple, il n'a pas une technique parfaite de la narcose ou qu'il conduit mal son exploration. Enfin, il est nécessaire qu'il procède avec beaucoup de tact, n'oubliant pas qu'il est véritablement le « confesseur », le « médecin » et non le juge des confidences souvent pénibles que lui fait son malade.

On nous a fréquemment présenté l'objection suivante : « L'abréaction, précieuse dans les névroses émotionnelles, doit être maniée prudemment; en effet, elle pourrait conduire à des révélations inopportunes, l'exhumation de certains souvenirs

traumatisants pouvant être catastrophique. Il y a des cas où l'on aurait intérêt à en favoriser l'oubli, le « reniement » pour éviter les délires explicatifs ». L'ensemble du travail que nous venons de présenter montre assez que nous ne partageons pas cet avis.

On nous a fait remarquer également que « la séance d'abréaction pouvait agir à la manière d'un choc, liquidant un état de persévération mentale sans avoir eu l'action présumée sur l'inconscient ». Il nous semble que cette observation ne tienne pas compte du travail analytique que nous effectuons pendant la phase hypnagogique et dont nous avons donné les détails dans les chapitres précédents.

On nous a également opposé que le barbiturique mettait le malade dans un « état d'hypersuggestibilité pendant lequel il nous était possible d'imposer à celui-ci nos interprétations, de le persuader d'entrer dans nos vues ». Nous nous élevons vivement contre cette opinion. En effet, les malades les plus suggestibles semblent être de loin les hystériques. Or, nous avons tenté à plusieurs reprises de leur suggérer un acte, un geste, ou la reproduction d'un symptôme et nous n'avons jamais pu l'obtenir.

Narco-analyse et psychanalyse.

La narco-analyse agit selon le principe de la psychanalyse, qu'il y ait prise de conscience d'une scène émotionnelle traumatisante ou d'un complexe affectif à l'origine des comportements psycho-somatiques morbides. Il convient de reconnaître que, chez la plupart des névrosés, la narco-analyse révèle d'une façon quasi-expérimentale le bien fondé des mécanismes découverts par l'école psychanalytique, par exemple, fixation à des stades infantiles du développement psycho-affectif, auto-punition, refuge dans la maladie. On a accusé Freud d'avoir fait passer le comportement de tout individu sous la dépendance de l'instinct sexuel. Nous devons reconnaître que, s'il s'est glissé dans ses théories quelques affirmations outrées, les complexes d'origine sexuelle se trouvent, pour la plupart, à la base

des névroses. D'autre part, nous sommes tentés de faire du complexe d'Œdipe un complexe véritablement « *physiologique* », car nous l'avons toujours retrouvé, non pas constamment à la source de l'état névrotique, mais quand même existant et plus ou moins bien supporté; tous les autres complexes de la psychanalyse nous semblent sous la dépendance de celui-là et graviter autour de lui, comme les électrons de l'atome autour du noyau.

Notre méthode a sur la psychanalyse l'avantage d'être facilement acceptée par les sujets qui, à l'état de veille, se refusent à subir ce traitement et d'autre part elle est infiniment plus rapide, donnant en quelques séances les clefs de conflits que la psychanalyse mettrait des mois et des années à découvrir et à résoudre.

Narco-analyse et hypnose.

La narco-analyse a, sur l'hypnose, l'avantage de tenir compte des facteurs de résistance du sujet et d'éviter un transfert dangereux, car le narco-analyste se borne à faciliter au malade la prise de conscience, *par lui-même,* de son propre conflit. Nous faisons un gros reproche à l'hypnose, c'est qu'elle vise, non à la cure radicale des névroses, mais seulement à la suppression de leurs symptômes, au lieu de s'attaquer à la racine du mal et de chercher à en combattre les effets. Endormir un malade et lui dire pendant son sommeil hypnotique qu'une fois réveilé « il ne devra plus » sentir tel ou tel malaise, tel ou tel symptôme, cela ne peut procurer que l'illusion de la guérison. L'hypnose agit à la manière d'un analgésique; elle calme, mais la douleur reste en profondeur; elle ne cherche pas à atteindre les éléments pathogènes. En quelque sorte, « elle refoule » le symptôme mais n'en dégage pas le sens. Rien d'étonnant à ce que la maladie puisse reprendre le dessus après un temps plus ou moins long d'accalmie. D'autre part, *le sens des symptômes n'étant pas dégagé, qui nous prouve qu'ils ne vont pas réapparaître sous un autre déguisement ?*

Nous avons cité plus haut une observation du Professeur

DELAY écrite sur un cas de « pseudo-sténose-œsophagienne » guérie par la narco-analyse. Qu'on nous permette maintenant de citer une observation du Docteur BARUK sur un cas de « dysphagie pithiatique », guérie par l'hypnose chimique (scopochloralose) et publiée au Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de Langue Française de 1935 : « Chez un malade atteint de dysphagie pithiatique absolue, je réussis au cours d'un sommeil scopochloralique à faire couler quelques gouttes de lait, dans sa gorge, qui furent automatiquement dégluties. Je dis alors : « Vous voyez, il avale, il est guéri ». Le malade présente immédiatement un vif mouvement de la mimique semblant exprimer une joie profonde. Il retombe, aussitôt, en plein sommeil, mais, à son réveil, quelques heures après, il était complètement guéri et a pu faire un excellent repas en avalant n'importe quoi ». Comparons les deux procédés; dans celui du Docteur BARUK, on suggère la guérison; dans celui du Professeur DELAY, le malade établit le rapport entre ses symptômes et la scène émotionnelle traumatisante.

Nous sommes parfaitement d'accord sur le fait que certains symptômes sont, chez les hystériques, particulièrement gênants, aveuglants, occupant toute la lumière de la conscience. Dans ce cas, il ne fait pas de doute que l'on a intérêt à les « refouler ».

Aussi, proposons-nous la méthode suivante dans ces cas :

Dans un premier temps, pratiquer l'hypnose scopochloralique pour se débarrasser des symptômes trop voyants.

Dans un second temps, lorsque la guérison « apparente » est survenue, pratiquer une « narco-analyse en profondeur » pour libérer les complexes, cause des symptômes et faire établir au malade le rapport entre ces symptômes et leurs motivations psychologiques.

CONCLUSIONS

En dépit des critiques dont elle ne manque pas d'être l'objet, *la narco-analyse psycho-somatique* par ses trois temps : narcose, narco-analyse, narco-synthèse, est une méthode originale qui, d'après les premiers résultats obtenus, permet d'envisager l'*exploration* et la *thérapeutique psychiatriques* sous un angle nouveau.

Elle s'avère comme un procédé de psychanalyse rapide, incapable de créer un symptôme psychopathologique et qui permet :

— *Par l'intermédiaire de la narcose :*

  — de créer un état hypnagogique, durant lequel l'hypermnésie et l'euphorie sont éminemment favorables à l'analyse;

  — de faciliter l'exploration du psychisme grâce à la dissolution de la conscience, l'exploration des comportements verbal et somatique, plus « instinctifs » grâce à l'affaiblissement de la censure.

— *Par la narco-analyse rendue plus aisée :*

  — de remonter rapidement aux sources des conflits, quel que soit le masque symbolique dont les symptômes soient revêtus.

— *Par la narco-synthèse avec abréaction :*

  — de faire prendre au malade conscience du trauma affectif et de la relation existant entre son comportement et sa motivation psychologique.

En tant que méthode d'exploration :

Elle facilite le diagnostic de la plupart des maladies et syndromes mentaux. Elle est la méthode de choix dans :

— les amnésies,
— les réticences,
— les crises nerveuses de type hystérique ou comitial,
— les simulations de tous ordres.

En tant que méthode thérapeutique :

Elle trouve son indication majeure dans les névroses :

— névroses émotionnelles, immédiates ou tardives,
— névroses caractérielles « institutionnelles »,
— phobies,
— obsessions,
— états dépressifs,
— troubles du comportement,
— perversions sexuelles,
— toxicomanies,
— symptômes de conversion, etc...

qui nécessitent une narco-analyse psycho-somatique en profondeur.

Elle trouve également une indication importante dans le domaine si vaste de la médecine psycho-somatique.

Enfin, elle semble être *la méthode d'exploration et thérapeutique de* choix en *psychiatrie infantile.*

Mais l'interprétation des données fournies par la narco-analyse psycho-somatique demande une grande expérience, qui ne peut s'acquérir que par un long et pénible apprentissage, et des connaissances psychologiques assez étendues, de la part de ceux qui la pratiquent. C'est assez dire qu'elle doit rester l'apanage des *spécialistes.* C'est une des conditions nécessaires pour que la narco-analyse garde toute sa valeur et qu'elle ne devienne pas, dans des mains inexpérimentées ou spéculatives, un vérita-

ble danger, et surtout, pour qu'elle ne tombe pas dans le domaine de la fantaise pure ou du charlatanisme.

La narco-analyse psycho-somatique est ce que le médecin la fait. Elle lui offre de grandes possibilités à condition qu'il sache l'employer. Il y a là un travail profondément humain à accompir et il faut pour cela « tailler dans la chair vive avec des mains douces ». Certains pourraient penser que le mal matériel du siècle est tel que les souffrances névrotiques, sur ce fond de misère, perdent de leur acuité et de leur mordant. Nous savons bien qu'il n'en est rien, et nous voyons chaque jour des détresses bien émouvantes.

Grâce à la narco-analyse psycho-somatique, il nous semble parfois avoir de nos mains « redonné le jour » à des êtres que la névrose avait conduit au bord de la destruction.

La narco-analyse psychó-somätique « guérit ». Ce n'est pas là, pour elle, un mince titre de gloire qui nécessite que l'on s'y attache avec passion, puisque, au bout du chemin, luit la récompense.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de Thèse :
DELAY

Le Doyen de la Faculté des Sciences
chargé des fonctions de Recteur de l'Académie de Paris :
CABANNES

BIBLIOGRAPHIE

Auguin. — La psychanalyse chimique. (*Thèse de Lyon*, 1946).

Baruk (H.). — Hystérie et fonctions psychométriques; in : *Rapport au Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de Langue Française*, Bruxelles, 1935.

Brotteaux (P.). — L'hypnotisme moderne. Vigot, 1938.

Cornil et Ollivier. — La narco-analyse possibilité nouvelle en psychiatrie infantile; in : *Publication du Comité de l'Enfance Déficiente des Bouches-du-Rhône*, 1946.

Cornil, Ollivier (H.), Gastaud, Cain. — (*Rapport au LXIV^e^ Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de Langue Française*, Lausanne, 1946).

— Etude électro-encéphalographique du sommeil provoqué par le pentothal. (*Comité Médical des Bouches-du-Rhône*, séance du 15 mars 1945).

— Etude électro-encéphalographique de la narco-analyse par les barbituriques récents; in : *Communication au XLIV^e^ Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de Langue Française*, Lausanne, 1946.

Cossa, Agid et Auguin. — La psychanalyse chimique; in : *Annales Médico-Psychologiques*, décembre 1945.

Delay (J.). — Les dissolutions de la mémoire. Presses Universitaires de France, 1942.

Delay, Desclaux. — L'anesthésique 245 R. P. dans l'exploration du psychisme inconscient. Intérêt médico-légal; in : *Annales Médico-Légales*, n° 4, année 1945.

DELAY, DESCLAUX, PASCHE, SOULAIRAC. — Intérêt du 245 R. P. dans l'exploration du psychisme; in : *Communication à la Société Médico-Psychologique*, juillet 1945).

DELAY, DESCLAUX, SHENTOUB. — La narco-analyse psycho-somatique; in : *Communication à la Société Médicale des Hôpitaux*, mars 1946.

DELAY, LEULLIER (Mme). — Pseudo-stérose œsophagienne. Intérêt diagnostique et thérapeutique de l'examen sous narcose; in : *Annales Médico-Psychologiques*, février 1946.

DELAY, GENDROT. — Impuissance génitale datant de six mois. Guérison en trois séances de narco-analyse; in : *Annales Médico-Psychologiques*, mai 1946.

DELAY, MOREAU, SUTTEL. — Anesthésique 245 R. P. et crises hystériques; in : *Annales Médico-Psychologiques*, mars 1945.

DESCHAMPS (Mlle). — L'exploration pharmacodynamique de l'inconscient. (*Thèse*, Paris, 1932).

FREUD (S.). — Introduction à la psychanalyse. Payot, 1932.

HASTINGS, CLUECK, WRIGHT. — Sodium amytal narcosis in treatment of operationnel fatigue in combat aircrews; in : *War Medccine*, vol. 5, n° 6, juin 1944.

HERBERT, FREED. — Narco-synthesis for the civilian narcosis. (*The Psychiatre Quaterly*, janvier 1946).

JUNG. — L'homme à la découverte de son âme. Editions Mont-Blanc. 1944.

LEGRAIN. — Les grands narcotiques sociaux.

LEWIN. — Les paradis artificiels.

MANCEAUX, PERETTI, LANFRANCHI. — De la subnarcose au pentothal sodium en psychiatrie. (*Algérie Médicale*, juillet-août 1946).

OLLIVIER (H.). — A propos de cent narco-analyses; in : *Communication à la XLIVe Session du Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de Langue Française*, Lausanne, 1946.

— L'exploration psychique sous narcose; in : *Marseille Médical*, n° 9, 15 septembre 1946.

— Troubles du comportement d'allure confusiono-onirique symptoma-

tique d'un complexe d'œdipe ; in : *Comité de l'Enfance Déficiente des Bouches-du-Rhône*, 1946.

Richet, Desoille. — L'exploration du subconscient d'un inculpé par un expert, à l'aide de moyens pharmacodynamiques, type pentothal, est inadmissible ; in : *Société de Médecine Légale de France*, décembre 1945.

Rouhier. — La plante qui fait les yeux émerveillés.

Targowla, Sterne, Feder (Mlle), Lebel. — Anesthésie intra-veineuse et exploration neuro-psychiatrique ; in : *Presse Médicale*, 20 avril 1946.

Sutter. — Electro-choc et abréaction danas les psychoses de guerre ; in : *Revue du Corps de Santé Militaire*, 1945.

TABLE DES MATIERES

PAGES

INTRODUCTION 13

PREMIÈRE PARTIE 16

Chapitre I. — HISTORIQUE 17

Chapitre II. — PRINCIPE DE LA MÉTHODE 27

Chapitre III. — TECHNIQQUE DE LA NARCOSE 31

Chapitre IV. — COMPORTEMENT DU MALADE SOUS NARCOSE 39

Chapitre V. — TECHNIQUE DE LA NARCO-ANALYSE PSYCHO-SOMATIQUE. 51

Chapitre VI. — DURÉE — NOMBRE — FRÉQUENCE DES SÉANCES. 69

DEUXIÈME PARTIE 73

Chapitre I. — LA NARCO-ANALYSE, MÉTHODE D'EXPLORATION 75

Chapitre II. — LA NARCO-ANALYSE, MÉTHODE THÉRAPEUTIQUE .. 95

Chapitre III. — RÉSULTATS ET LIMITES DE LA MÉTHODE 115

CONCLUSIONS 121

BIBLIOGRAPHIE 125

R. FOULON, Imprimeur, 29, Rue Deparcieux, PARIS (14e).